Nr. 4 LISTOPAD 1937 ROCZNIK X.

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN STOWARZYSZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Redaktor: Dr. med. JÓZEF MAZUREK, Chmielna 38 m. 1.
Administrator: Dr. med. WACŁAW GRONOWSKI, Al. Jerozolimska 6 m. 8

Spis rzeczy za rok 1937

Nr. 1-szy:

Nr. 2-gi:

Nr. 3-ci:

Nr. 4-ty:

P E P T I C O L

Zespół peptonów: z ryb, jaj, mięsa, mleka, zboża, jarzyn, owoców i grzybów

Leczenie anafilaksji pokarmowej i stanów alergicznych za pomocą peptonoterapji.

WSKAZANIA: pokrzywka, egzema, swędzenie, wykwity skórne, astma, migrena, bóle głowy, zaburzenia w trawieniu jak ociężałość, wzdęcie, senność, zaczerwienienie twarzy po jedzeniu.

DAWKOWANIE: Dorośli: 3 razy dziennie po 1-2 łyż. od herb. na 15 minut
Dzieci: 3 razy dziennie po ½ łyż. od herb. na 15 minut
przed jedzeniem.

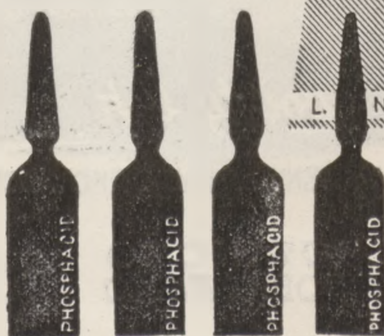
PHOSPHACID

WZMACNIA ORGANIZM
WYZWALA JEGO SIŁY OBRONNE

LECZY NIEDOTLENIONYMI ZWIĄZKAMI FOSFORO - WAPNIOWYMI PRZEMĘCZENIE FIZYCZNE I UMYSŁOWE STANY OGÓLNEJ NIEDOMOGI USTROJU GRUŹLICĘ CHIRURG. I GRUŹLICĘ PŁUC

DAWKOWANIE PODANE W LITERATURZE





KROPLE

AMPUŁKI

Preparaty krajowe produkowane w Chem. Farm. Zakł. Przem. Handl.

L. NASIEROWSKI, Warszawa, Kaliska 9.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 4 **LISTOPAD 1937** **Rok X**

Zadania i metody pracy służby ratowniczo-sanitarnej w poszczególnych okresach obrony przeciwlotniczej na Kolejach

Dr. STANISŁAW MAKOWSKI, Warszawa

W związku z zagrożeniem lotniczym terenów kolejowych nasuwa się cały szereg wniosków dotyczących postępowania w razie nalotu nieprzyjacielskiego. Powyższe wnioski stanowią podstawę do opracowania planu likwidacji napadu lotniczego oraz prac przygotowawczych związanych z zagadnieniami obrony. Plan ten powinien odpowiadać rzeczywistym potrzebom i możliwościom oraz przewidzieć odpowiedni podział i celowe dysponowanie rozporządzalnymi środkami obrony. Mając pewne zadanie do wykonania, musimy uwzględnić i metody pracy w realizowaniu tych lub innych zamierzeń w poszczególnych fazach obrony przeciwlotniczej.

Należy więc pamiętać, że nie tylko stopień wyszkolenia czy wyekwipowania personelu ratowniczo-sanitarnego będzie decydował o wynikach akcji ratowniczej, ale również i dobrze opracowany i należycie zrealizowany plan. Tworzenie planów trudnych lub wprost nawet niemożliwych do wykonania wprowadza tylko zamęt i utrudnia prace przygotowawcze. Często spotykamy się z twierdzeniem o konieczności w pierwszym rzędzie budowy schronów, zaopatrzenia patroli ratowniczo-sanitarnych w dość kosztowne aparaty tlenowe i t. p., nie licząc się z ograniczonymi środkami pieniężnymi i pozostawiając na drugim planie inne środki obrony również skuteczne, lecz mniej kosztowne. Brak poczucia rzeczywistości niezmiernie jest szkodliwy przy opracowywaniu programu prac przygotowawczych do obrony przeciwlotniczej.

Tylko realna kalkulacja potrzeb i możliwości może stanowić pod⸗stawę do opracowania i wykonania planu działania w poszczególnych okresach obrony przeciwlotniczej.

Okresami tymi są:

1) okres w czasie pokoju,
2) okres pogotowia OPL,
3) okres alarmu lotniczego,
4) okres napadu i początku likwidacji tego napadu przez służbę ratowniczo⸗sanitarną,
5) okres po odwołaniu alarmu lotniczego i dalsza likwidacja skut⸗ków napadu lotniczego.

Praca służby ratowniczo⸗sanitarnej w poszczególnych fazach obrony przeciwlotniczej powinna być ujęta w pewien system, ażeby uniknąć za⸗skoczenia, a tym samym szkodliwej i kosztownej zazwyczaj improwizacji.

I. Okres pokojowy

Okres pokojowy jest okresem planowania i stopniowego realizo⸗wania projektowanych prac przygotowawczych do obrony przeciwlotni⸗czej. Dokładne przestudiowanie terenu i jego potrzeb w związku z przy⸗gotowaniami do akcji ratowniczej stanowi nieodzowny warunek do opracowania w czasie pokoju postulatów dotyczących OPL.

Sporządzając plan sytuacyjny terenu, na którym jest organizowana obrona przeciwlotnicza, uwzględniamy ważniejsze obiekty i punkty ko⸗lejowe. Cały teren, o ile jest duży, dzielimy na odcinki, mające na celu wyznaczenie poszczególnym sekcjom terenowym ściśle określonego te⸗renu ich działania oraz miejsca zbiórki na wypadek alarmu.

Znając potrzeby stacji, jej właściwości terenowe oraz ilość zatrud⸗nionych pracowników, należy stosownie do tych potrzeb sformować od⸗powiednią ilość sekcji (patroli) oraz zorganizować personel zabiegowy, kierując się przy rekrutacji personelu ratowniczo⸗sanitarnego ogólnie przy⸗jętymi zasadami (patrz „Podstawy organizacji ratownictwa sanitarnego na P. K. P. dla potrzeb obrony przeciwlotniczej". Lekarz Kolejowy Nr. 2 ⸗ 1937 rok).

Po sformowaniu sekcji terenowych należy cały personel ratowniczo⸗sanitarny wciągnąć do ewidencji Kierownictwa OPL stacji i przystąpić do szkolenia według obowiązującego programu, kładąc szczególny nacisk na ćwiczenia praktyczne. Na większych stacjach ogromnie ułatwia prowa⸗dzenie ewidencji oraz dysponowanie personelem ratowniczo⸗sanitarnym zorganizowanym w sekcjach, oznaczonych numerami porządkowymi. Ta⸗ki system zawczasu umożliwia na planie sytuacyjnym oznaczenie, że sekcja Nr. X obsługuje odcinek Z i uniezależnia nazwę sekcji od nazwisk sekcyj⸗nych, czy też miejsca pracy personelu wchodzącego w skład sekcji.

Personel ratowniczo-sanitarny winien w okresie pokojowym podlegać stałej kontroli ze względu na częste przeniesienia służbowe, zwolnienia i t. p. W tym celu zobowiązać należy sekcyjnych (patrolowych) do meldowania komendantom punktu co pewien okres czasu o stanie osobowym powierzonych im sekcji. W okresie pokojowym należy sporządzić dokładny wykaz niezbędnych przedmiotów, w które ma być wyposażony personel ratowniczo-sanitarny.

Dla poszczególnych sekcji terenowych należy wyznaczyć w istniejących budynkach kolejowych pomieszczenia, jako punkty zborne na wypadek alarmu, i mieszczące się w pobliżu, lub jeszcze lepiej, na terenie przeznaczonym do patrolowania w razie napadu lotniczego.

Specjalną uwagę należy poświęcić pracom przygotowawczym na punktach ratowniczo-sanitarnych, przeznaczonych do przyjmowania rannych i zagazowanych. Punkty te powinny być dostosowane do wymogów OPL biernej pod każdym względem.

Uwzględniając potrzeby i charakter pracy na punkcie ratowniczo-sanitarnym, należy przygotować obronę przeciwgazową zarówno indywidualną jak i zbiorową.

Pomieszczenie wyznaczone na punkt ratowniczo-sanitarny winno być z góry rozplanowane. Wykaz niezbędnych przedmiotów musi być sporządzony, pamiętając, że cały szereg drobnych szczegółów składa się na obronę zbiorową. Nie poruszam tutaj urządzeń czysto technicznych, gdyż są one oświetlone w fachowych podręcznikach, dokładnie omawiających zasady obrony zbiorowej.

W większości wypadków trzeba się będzie zadowolić z braku schronów — uszczelnionym pomieszczeniem, względnie prowizorycznym schronem (piwnice).

Stopniowe przygotowanie do OPL i zaopatrywanie punktów ratowniczo-sanitarnych i kąpielowych w niezbędne leki, materiał opatrunkowy i t. p. powinno być ujęte w pewien system.

Tam, gdzie nie ma kąpielisk lub istniejące są zupełnie niezdatne do użytku, należy przygotować plany, kosztorysy budowy lub przeróbek i w miarę możności dążyć do zrealizowania projektów.

Komendant służby ratowniczo-sanitarnej musi wiedzieć, jakie są potrzeby i jakie luki są do wypełnienia. Nie należy się zrażać dużymi brakami zwłaszcza w wyposażeniu lub urządzeniu punktów ratowniczo-sanitarnych czy też kąpielisk.

Okres pokoju to okres planowania i częściowego zrealizowania niektórych projektów. W każdym jednak naszym wysiłku przebijać powinna celowość. Wszelkie inwestycje powinny nosić charakter nie tylko użyteczności podczas wojny, ale w miarę możności i w czasie pokoju.

Nie należy również zapominać, że każde nasze posunięcie w kierunku podniesienia higieny osobistej czy też ogólnej jest również przygoto-

waniem do obrony kraju. Dbając o dobrą wodę na stacjach czy też o czystość wagonów, dworców i t. p., przygotowujemy się jednocześnie do zwalczania epidemii, która podczas wojny pochłania więcej ofiar niż gazy bojowe, kulomioty i armaty.

I na tym polu lekarz kolejowy może zdziałać bardzo dużo, żądając lub przekonywając o konieczności tych lub innych ulepszeń w dziedzinie sanitariatu kolejowego.

Higiena pracy jest również jedną z tych dziedzin, które przysparzają kolejnictwu dużo korzyści, zachowując zdrowie pracownika i zwiększając jego wydajność pracy. Zwalczanie chorób zawodowych systematycznie podrywających zdrowie pracownika jest zadaniem sanitariatu kolejowego.

Ta ciągła troska o zdrowie pracownika kolejowego zazębia się z postulatami obrony kraju.

Omawiając metody pracy służby ratowniczo-sanitarnej w obronie przeciwlotniczej kraju w okresie pokojowym, nie można pominąć milczeniem tych niezmiernie ważnych zagadnień higieny i profilaktyki.

II. Okres pogotowia OPL

Od chwili zarządzenia pogotowia OPL służba ratowniczo-sanitarna wykańcza w szybkim tempie prace zakreślone planem okresu pokojowego.

Okres pogotowia OPL to okres wytężonej pracy. Niedociągnięcia okresu pokojowego muszą być w okresie OPL usunięte.

Organizacja i szkolenie sekcji ratowniczo-sanitarnej muszą być zakończone. Ponieważ pogotowie OPL trwa całą dobę, należy przewidzieć taki podział pracy między patrolami, ażeby w porze nocnej cały teren był należycie obsłużony na wypadek nalotu. Zaopatrzenie w sprzęt sanitarny oraz przygotowanie rezerw dla uzupełnienia personelu ratowniczo-sanitarnego—oto jedno z wielu zadań okresu pogotowia OPL. Niezmiernie ważnym zagadnieniem okresu pogotowia OPL jest zorganizowanie łączności (telefony, gońcy). Co się tyczy przygotowania punktów ratowniczo-sanitarnych i kąpielisk do potrzeb OPL, to stopień przystosowania jest uzależniony od możliwości i warunków lokalnych. Ponieważ nie wszyscy ranni i chorzy będą mogli korzystać z dobrodziejstw maski przeciwgazowej, należy przewidzieć, jeżeli nie ma schronu — pomieszczenie uszczelnione lub schrony prowizoryczne. Z chwilą ogłoszenia pogotowia OPL należy nagromadzić materiały (worki, koce, papier, szmaty, kit, cement, zbiorniki na wodę itp.) niezbędne dla zorganizowania obrony zbiorowej.

Równocześnie punkty ratowniczo-sanitarne i kąpieliska zaopatruje się w odpowiednią ilość leków, materiału opatrunkowego, przyrządów i narzędzi lekarskich, jakkolwiek te czynności związane są z okresem pokojowym.

Ponieważ w akcji ratowniczej podczas napadu lotniczego mogą przyjmować udział nie tylko członkowie personelu ratowniczo-sanitarne-

go, ale i wszyscy pracownicy kolejowi, jak również i osoby postronne mało obeznane z terenem kolejowym, należy przeto rozplakatować wskazówki o postępowaniu w wypadkach ran i zagazowania oraz umieścić drogowskazy w miejscach widocznych, celem wskazania drogi do punktów ratowniczo-sanitarnych i kąpielisk.

Zaostrzenie nadzoru sanitarnego nad terenem kolejowym należy do jednych z ważniejszych zadań służby ratowniczo-sanitarnej i wymaga dużej czujności w przestrzeganiu przepisów zwalczających choroby zakaźne.

W okresie pogotowia OPL wszyscy pracownicy, należący do służby ratowniczo-sanitarnej, pełnią swe normalne obowiązki służbowe, gotowi w każdej chwili do stawienia się na wyznaczony punkt zborny. Ta zaostrzona czujność i gotowość do akcji ratowniczej jest cechą dominującą okresu pogotowia.

III. Okres alarmu lotniczego

Z chwilą zarządzenia alarmu lotniczego cały personel ratowniczo-sanitarny opuszcza miejsce swej pracy i natychmiast stawia się w miejscach przeznaczenia. Następuje ostatnia lustracja wszystkich środków obrony.

Gorączkowa praca wre w kąpielisku, w którym, jak również i na punkcie ratowniczo-sanitarnym, czynione są ostatnie przygotowania do przyjęcia rannych i zagazowanych.

Patrole terenowe grupują się w punktach zbornych, gdzie otrzymują sprzęt sanitarny. Jeszcze przed zarządzeniem alarmu każdy członek służby ratowniczo-sanitarnej winien dokładnie zdawać sobie sprawę z włożonych na niego obowiązków. Zwłaszcza dotyczy to patroli terenowych, pracujących zazwyczaj samodzielnie. Zbiórka personelu ratowniczo-sanitarnego powinna odbywać się szybko z zachowaniem jednak spokoju. Hałas, głośne rozmowy podczas zbiórki należy bezwzględnie wykluczyć.

Personel ratowniczo-sanitarny nie tylko nie może poddawać się panice, ale powinien zwalczać panikę wśród publiczności swym zachowaniem się. W żadnym okresie OPL nie jest tak wymagana karność i dyscyplina służbowa, jak właśnie w okresie alarmu lotniczego.

Niezmiernie ważnym szczegółem, dotyczącym tego okresu, jest nawiązanie łączności między poszczególnymi jednostkami ratowniczo-sanitarnymi, służbami OPL, komendą OPL i t. d.

Przy komendancie punktu ratowniczo-sanitarnego, lub w jego zastępstwie obejmuje urzędowanie z góry wyznaczony jego pomocnik (np. jeden z sekcyjnych), który przyjmuje meldunki i wydaje telefonicznie zarządzenia po porozumieniu się z komendantem punktu, a w razie jego nieobecności, kieruje sam akcją ratowniczą.

IV. Okres napadu lotniczego

Z chwilą rozpoczęcia napadu lotniczego patrole wyruszają na wyznaczone im uprzednio odcinki w celu wyszukiwania rannych i zagazowanych. Należy zaznaczyć, że najtrudniejsze zadanie w okresie napadu lotniczego spada na barki patroli terenowych. W pracy patroli terenowych główny nacisk kładzie się na transport rannych i zagazowanych. Pomoc doraźna w terenie ogranicza się tylko do niektórych wypadków (np. krwotoki). Jeżeli patrol zetknie się z dużą ilością ofiar, to winien przy udzielaniu pomocy doraźnej rannym lub zagazowanym zachować pewną kolejność, kierując się stopniem niebezpieczeństwa, jakie zagraża życiu ofiar.

Jakkolwiek patrolowanie przez jednostki ratowniczo-sanitarne odbywa się do z góry zakreślonego odcinka, to jednak istnieje ścisła współpraca pomiędzy poszczególnymi patrolami terenowymi. Niezależnie od tego komendant punktu, który posiada jeszcze rezerwę w postaci 1—2 lub więcej sekcji, może w odpowiednim momencie je użyć, względnie poczynić odpowiednie przegrupowanie patroli działających w terenie.

Okres napadu wymaga doskonałej orientacji, znajomości terenu, dobrej łączności i szybkiej decyzji. Już w okresie pokojowym należy przemyśleć najrozmaitsze sytuacje, w jakich może się znaleźć służba ratowniczo-sanitarna w okresie napadu lotniczego, aby uniknąć zaskoczenia i przeciwstawić środki zaradcze. Program pracy patroli może więc ulegać dużym i raptownym zmianom w zależności od toczących się podczas napadu lotniczego wypadków w terenie.

Drugim etapem w akcji ratowniczo-sanitarnej jest praca na punkcie ratowniczo-sanitarnym i w kąpielisku. Tutaj ranni i zagazowani otrzymują fachową pomoc. Nawet komendant punktu-lekarz przekazuje kierownictwo akcją ratowniczą swemu pomocnikowi i spieszy z pomocą ofiarom napadu lotniczego.

V. Okres po odwołaniu alarmu i okres likwidacji skutków napadu lotniczego

Likwidacja napadu lotniczego rozpoczyna się już w okresie napadu. Po odwołaniu alarmu patrole terenowe po sprawdzeniu swych odcinków koncentrują się w miejscach skupienia największej ilości ofiar, udzielając pomocy doraźnej na miejscu, względnie przenosząc lub skierowując rannych i zagazowanych do punktów ratowniczo-sanitarnych. Do zadań służby zdrowia należy rejestracja rannych, zagazowanych i zabitych.

Niezmiernie ważnym zadaniem służby ratowniczo-sanitarnej w okresie likwidacji skutków napadu lotniczego jest transport rannych i zagazo-

wanych do szpitali. Zagadnienie powyższe powinno być właściwie tematem rozważań w okresie pokojowym lub w okresie pogotowia OPL.

Kwestia środków transportowych oraz przygotowania odpowiedniej ilości miejsc w szpitalach wymaga współdziałania z władzami wojskowymi administracji ogólnej i samorządami.

W razie użycia przez nieprzyjaciela gazów parzących należy zwrócić uwagę na produkty żywnościowe, wodę oraz poddać zabiegom odkażającym te osoby, które przebywały na skażonym terenie.

Po ukończeniu czynności związanych z likwidacją napadu lotniczego personel ratowniczo-sanitarny powraca do swoich normalnych zajęć, będąc zawsze jednak w gotowości stawienia się w razie nowego alarmu.

Komendant służby ratowniczo-sanitarnej na podstawie meldunków podległego mu personelu zbiera dokładne informacje o ofiarach napadu lotniczego, o ilości zużytkowanych leków, materiału opatrunkowego itp.

Na podstawie zebranych informacji komendant służby ratowniczo-sanitarnej składa meldunek w formie krótkiej i zwięzłej kierownikowi OPL stacji o przebiegu akcji ratowniczej i stratach spowodowanych napadem lotniczym.

Po zlikwidowaniu napadu lotniczego następuje znów okres pogotowia OPL i związane z nim prace przygotowawcze na wypadek nowego alarmu.

Z przytoczonych rozważań wynika, że wykonanie dość trudnych zadań służby ratowniczo-sanitarnej wymaga zastosowania w poszczególnych fazach obrony przeciwlotniczej takich metod pracy, które przyczyniłyby się do pokonania szeregu trudności natury organizacyjnej oraz wyszkoleniowej i doprowadziły w końcu do skutecznej likwidacji skutków napadu lotniczego.

Rabka i jej znaczenie w chorobach wieku dziecięcego

Dr. JAN ZIENKIEWICZ
Dyrekter Zakładu Leczniczo-Wychowawczego Słow. „Rodzina Kolejowa“ w Rabce Zdroju

Wśród wszelkiego rodzaju metod leczniczych lub zapobiegawczych w wieku dziecięcym stosowanie bodźców znajduje coraz większe uznanie w świecie lekarskim. Do rodzaju bodźcowych środków leczniczych należy też leczenie klimatyczno-zdrojowe. Wpływa ono nieraz bardzo wybitnie na gospodarkę całego ustroju, wzmaga też jego siły odpornościowe i wpływa na regulację cieplną (Nowicka-Kopaczowa).

Rabka, jako zdrojowisko solankowo-jodowe i jako stacja klimatyczna, położona na wysokości 520 — 560 metrów nad poziomem marza, należy szczęśliwie do rzędu zdrojowisk łączących oba wyżej wspomniane czynniki. Znaną ona jest ze swoich dobrodziejstw leczniczych już od roku 1234, kiedy to Teodor herbu Gryf, wojewoda krakowski, nadał Rabkę klasztorowi Cystersów w Szczyżycu, darowiznę tę potwierdził Bolesław Wstydliwy przywilejem z roku 1254. Długosz we wspomnieniach swoich nadaje źródłom Rabczańskim miano „Sal in Rabka“. W roku 1568 mieszczanin oświęcimski Jerzy Grossman uzyskał od Zygmunta Augusta przywilej na eksploatację soli i założył w tym celu t-wo Gwarków. W roku 1570 warzelnia soli w Rabce upadła, okoliczny lud jednak korzystał z solanek aż do roku 1813, czyli do czasu, w którym rząd austriacki zarządził zakopanie źródeł. W roku 1721 jezuita Gabriel Rzeczyński w dziele „Historia naturalis Regni Poloniae etc“ nazywa zdrojowisko pod Rabką w miejscowości Słone „wodami lekarskimi“. W roku 1857 Skobel zbadał to źródło za inicjatywą Dietla i wydał ocenę, że są to wody słono-jodowo-żelaziste i stwierdził, że tak na podstawie jego badań jak i na podstawie spostrzeżeń ludu rabczańskiego wody te zaliczyć należy do wód lekarskich. Wówczas dopiero władze austriackie, po uprzednim potwierdzeniu badań wspomnianych wyżej przez Wiedeńską Akademię, zezwoliły na używanie Rabki do celów leczniczych. W roku 1864 właściciel ówczesny Rabki Julian Zubrzycki otworzył zakład kąpielowy. Właściwy jednak rozwój Rabki rozpoczął się od roku 1895, kiedy zdroje przeszły w ręce lekarza balneologa Kazimierza Kadena (Cybulski).

Rabka w chwili obecnej posiada 11 źródeł wody mineralnej, której skład chemiczny (wg danych Lewickiego, Praschila i Orłowicza cyt, Orłowski) jest następujący:

Składniki na 1000 gr wody	Zdrój Marii	Zdrój Rafaeli	Zdrój Krakusa	Zdrój Kazimierza
Chlorek potasu	0.1301	0.0871	0.0949	0.2856
„ sodu	22.8654	22.9583	22.9842	11.5808
Jodek sodowy	0.0456	0.0459	0.0379	0.0109
Bromek sodowy	0.07[illegible]8	0 0730	0.586	0.0286
Boran sodowy	ślad	ślad	ślad	0.1766
Dwuwęglan sodowy	1.1362	1.1047	1.2342	0.6265
Węglan litu	0.0253	0.0276	0.0260	0.0836
„ wapniowy	0 4022	0.4867	0.4541	0.2043
„ magnezowy	0 1292	0.2836	0.2565	0 1219
„ barowy	0.0059	0.0060	0.0061	—
„ strontowy	—	—	—	0.0038
„ manganowy	0.0012	0.0011	0.0011	0 0023
„ żelazowy	0.0032	0.0044	0.0031	0.0009
Siarczan potasowy	0.0293	0.0801	0.757	0.0214
Kwas krzemowy	0.0263	0.0225	0.0237	0.0096
Skł. stałe zespolone	24 8759	24.6587	24.6587	12 8959
Ciężar gatunkowy	1.01877	1.01880	1.01949	1.00992

Na podstawie powyższych badań źródła Rabczańskie należy uważać za zimne, proste, hypertoniczne solanki jodowo-bromowe. Pod względem zawartości jodu należą one do silniejszych w Polsce. Dzięki temu, że Rabka jest otwarta od południa, posiada ona dużą ilość godzin nasłonecznienia. Największą ilość dni słonecznych ma ona latem i jesienią, najmniej wiosną, zima pod tym względem jest znacznie korzystniejsza niż wiosna. Według miejscowych danych meteorologicznych w roku 1935 dni słonecznych w Rabce było 296, godzin zaś razem 1705,3, w roku 1936 — 1492,5 i w roku 1937 do miesiąca lipca — 1013 godzin (Trybowski). W Davos (1540 m. nad poziom mozra) czas trwania nasłonecznienia wynosił w okresie 1886 — 1900 r. 1788,7 godziny (Sommer wg. Nowickiej-Kopaczowej), w Zakopanem roku 1935 — 1792 godziny (Trybowski).

Jak podaje Z. Orłowski, inne nasze uzdrowiska nie są też pozbawione dodatnich walorów klimatycznych, w żadnym z nich jednak nie posiada klimat tylu pierwszorzędnych wartości, co klimat rabczański i nie odgrywa on w leczeniu chorych tak znacznej roli jak w Rabce. Z tego też względu zalicza on Rabkę do rzędu uzdrowisk działających wprost swoiście na niektóre sprawy chorobowe, szczególnie w wieku dziecięcym.

Przechodząc do omówienia wskazań, należy podkreślić, że według Orłowskiego Rabka dla dzieci stała się tym, czym jest Zakopane dla dorosłych, z tą jednak przewagą nad Zakopanem, że oprócz walorów klimatycznych Rabka posiada jeszcze walory balneologiczne, czego brak w Zakopanem.

Sezon w Rabce trwa przez cały rok. Czas pobytu dziecka w Rabce zależnie od rodzaju schorzenia trwać powinien wg. Cybulskiego od czterech tygodni do trzech miesięcy, a często nawet i dłużej znacznie. Czterotygodniowy okres leczenia w Rabce należy jednak uważać za całkiem niewystarczający, tak krótki okres stosowany być winien jedynie w wyjątkowych wypadkach, dziecko bowiem przez pierwszych kilka dni (do 10) traci na przyzwyczajenie się do otoczenia i przystosowanie się do nowych warunków, później zaś w okresie zaczynającej się poprawy tak stanu ogólnego jak i apetytu zmuszone jest wracać do warunów domowych.

Cybulski, omawiając wskazania, ustala kilka grup schorzeń wieku dziecięcego, nadających się do leczenia w Rabce. Do pierwszej z nich zalicza wszelkie cierpienia konstytucjonalne wieku dziecięcego jak **niedorozwój fizyczny, krzywica, skaza wysiękowa, skaza limfatyczna i neurolimfatyczna, niedokrwistość.** Drugą grupę wg. tegoż autora stanowią ozdrowieńcy w ogóle, a w szczególności **po zapalnych sprawach górnych dróg oddechowych, płuc i opłucnej, wysiękowych sprawach zapalnych błon surowiczych i stawów.** Do trzeciej grupy zalicza on sprawy chorobowe związane **z zaburzeniami w przemianie matrii jak i gruczołach dokrewnych, nerwice, stany porażenne, pourazowe** i t. p.

Najważniejszą jednak sprawą chorobową, dającą się skutecznie leczyć w Rabce, są wszelkie formy **wczesnej infekcji gruźliczej** u dzieci, a więc wszystkie okresy i formy **zołzów,** różne formy swoistych **zmian w gruczołach obwodowych, stawach i kośćca.** Autor podkreśla, że często przy odpowiednim leczeniu klimatyczno-solankowym wyniki uzyskane są wprost zdumiewające. Niezbędnym jest jednak, by dzieci te leczone były w Rabce aż do zupełnego wygojenia procesu (Supiński).

Najwdzięczniejszą jednak formą gruźlicy dziecięcej leczonej w Rabce są **schorzenia gruczołów wnękowych.** W wypadkach tych po poprzednim przygotowawczym leczeniu klimatycznym, po uzyskaniu poprawy w stanie ogólnym dziecka i po ustąpieniu wahań ciepłoty, stosowanie bardzo ostrożne kąpieli słonecznych i solankowych daje dobre wyniki. Nowicka-Kopaczowa podkreśla też, że w schorzeniach swoistych gruczołów wnękowych u dzieci z leczeniem kąpielowym należy być bardzo ostrożnym. Na ogół biorąc, stosowanie kąpieli u dzieci winno być ściśle indywidualizowane, z tego też względu przy kierowaniu dziecka do Rabki należy uprzedzić rodziców, że kąpiele solankowe mogą być zastosowane dziecku dopiero po pewnym czasie i to zależnie od stanu miejscowego, jak i stanu ogólnego dziecka, stanu ciepłoty, zachowania się wagi i t. d.

Ostatnio zwrócono uwagę na dobre wyniki lecznicze uzyskiwane przy astmie oskrzelowej u dzieci przebywających w Rabce (Nowicka-Kopaczowa, Malewski, Supiński). Co do innych chorób leczonych w Rabce, to Supiński zwraca uwagę w pierwszym rzędzie na coraz liczniejsze przypadki schorzeń sercowych powstałych po przebytym gośćcu stawowym. W przypadkach tych wg. autora kąpiele solankowe jak i solankowo-gazowe dobrze wpływają na wchłanianie produktów zapalnych, wzmacniają akcję serca i regulują krążenie. Dodatni wpływ podgórskiego klimatu Rabki, idealnie czystego, wolnego od kurzu i wszelkich zanieczyszczeń powietrza stwierdza się też u chorych cierpiących na przewlekłe nieżyty dróg oddechowych, rozedmę płuc itd. (Supiński).

Bezwzględnym przeciwwskazaniem do stosowania kąpieli solankowych w pierwszym rzędzie są objawy nacieku przywnękowego, stany podgorączkowe, pocenie się i chudnięcie (Nowicka-Kopaczowa). Zasadniczym jednak przeciwwskazaniem do leczenia w Rabce są: gruźlica otwarta płuc, choroby nerek, niewyrównane wady serca i wszelkie choroby zakaźne.

Chcąc jednak, by dziecko było racjonalnie leczone w Rabce, przy skierowaniu do różnych zakładów, jak również i do Bursy Rodziny Kolejowej, powstałej z inicjatywy p. viceministra A. Bobkowskiego, której opis podany zostanie na innym miejscu, niezbędnym jest, by lekarze ordynujący, znający bliżej poprzedni stan dziecka jako też i jego najbliższej rodziny, zechcieli dokładnie wypełniać odpowiednie kwestionariusze. Bursa otwarta będzie przez cały rok, w okresie szkolnym czynna będzie szkoła z programem z zakresu szkoły powszechnej i pierwszych klas gimnazjalnych. Przyjmowane będą dzieci w wieku od 5 do 14 lat obojga płci.

Sprawozdanie z działalności Kolonii leczniczej Rodziny Kolejowej w Rabce Zdroju za czas od 1-VI do 30-VII 1937 r.

Dr. JAN ZIENKIEWICZ

Dyrektor Zakładu Leczniczo-Wychowawczego Stow. „Rodzina Kolejowa" w Rabce Zdroju

W latach ostatnich troska o zdrowie młodego pokolenia coraz większe znajduje zrozumienie wśród szerokich warstw społeczeństwa jak i czynników miarodajnych, tak rządowych jak samorządowych i społecznych. Dowodzi tego chociażby fakt powstania coraz większych ilości kolonii dziecięcych, półkolonii i t. p. instytucji zapewniających naszej dziatwie możność opuszczenia swoich nieraz bardzo nieodpowiednich, wilgotnych i ciemnych mieszkań na okres 4 — 6 tygodni i spędzenia tego czasu w dobrych warunkach higienicznych i klimatyczno-dietetycznych. Mając powyższe na względzie, czynniki miarodajne Rodziny Kolejowej Okręgu Krakowskiego, a w pierwszym rzędzie prezes Dyrekcji—a obecny viceminister inż. Aleksander Bobkowski przy współudziale samopomocy humanitarnej R. K. w Krakowie rozpoczęli starania nad stworzeniem możliwości zapewnienia dzieciom rodzin kolejowych korzystania z dobrodziejstw klimatu rabczańskiego. Starania te doprowadziły do nabycia na południowych stokach góry Bani budynku, który po odpowiedniej przeróbce poświęcono w styczniu 1934 roku i oddano do użytku. W budynku tym co roku w okresie letnim umieszczane były dzieci kolejarzy na przeciąg 4 tygodni w ilości 60—100, w okresie zaś zimowym, jesiennym i wiosennym w tym samym budynku mieli możność przebywania dorośli, a częstokroć i matki z dziećmi.

Szczupłość lokalu nie zadowoliła założycieli tej bardzo korzystnej placówki. Zabiegali oni w dalszym ciągu nad stworzeniem specjalnego zakładu dla dzieci, czynnego przez cały rok. Zabiegi te zostały skutecznie zakończone wybudowaniem dużego trzypiętrowego gmachu z oszkloną i otwartymi leżalniami wystawionymi na południe (fotografia*). Opis dokładny Zakładu w swoim czasie będzie podany, obecnie ograniczamy się do krótkiej wzmianki, że w Zakładzie tym, czynnym przez cały rok, umie-

*) na str. 264.

szczane będą dzieci z rodzin kolejowych na koszt Wydziałów Sanitarnych D. O. K. P., jakoteż Okręgowych zarządów R.K. i własny poszczególnych rodziców. Dzieci te będą miały zapewnioną opiekę lekarsko = wychowawczą, jak również będą miały możność uczęszczania do szkoły Zakładowej, o programie 7=mio=klasowej publicznej szkoły powszechnej. Prócz tego czynne będzie w Zakładzie przedszkole dla dzieci młodszych, jakoteż w miarę potrzeby organizowane będą komplety młodszych klas gimnazjalnych. Zakład jest wyposażony w inhalatorium, gabinety rentgenowski, dentystyczny i fizykoterapeutyczny (solarium, sollux, lampa kadmowa, diathermia, pantostat, masaże i t. d.).



W roku bieżącym w okresie letnim, w dość nawet trudnych warunkach lokalowych, z powodu niezupełnego wykończenia budynku, miało możność przebywania w Rabce przez 4 tygodnie 816 dzieci z całej Polski i Wolnego miasta Gdańska. Poza opieką lekarsko=wychowawczą i odpowiednim odżywianiem, pobierały dzieci kąpiele solankowe na miejscu w Zakładzie. By uniknąć bezplanowego spędzenia czasu przez dziecko, został ustalony następujący rozkład dnia, który w miarę możności był przestrzegany:

6.30 — 7 pobudka i mierzenie ciepłoty, 7 — 7.15 poranne ćwiczenia gimnastyczne, przy otwartych oknach na korytarzach, 7.15—7.45 mycie się dzieci, mycie zębów i ubieranie. 7.45—8 wspólna modlitwa na otwartych

leżalniach lub oszklonych, 8—9 śniadanie we wspólnej sali, 9—9.45 zabiegi lekarskie, kąpiele itd. I grupa. Pogadanki, opowiadania itp. II grupa 9.45 — 10 mycie rąk, 10 — 10.30 II śniadanie, 10.30 — 11.45 I grupa gry i zabawy ruchowe według opracowanego przez wychowawców planu tygodniowego i kąpiele słoneczno-powietrzne według wskazań lekarzy. II grupa badanie, kąpiele i inne zabiegi. Uwaga: po kąpieli solankowej dzieci leżały 1 godzinę. 11.45 — 12 mycie rąk, 12 — 13 obiad, 13 — 15 leżakowanie poobiednie, cisza przy otwartych oknach, lub na leżalniach otwartych. 15 — 15.45 czas dla dziecka (pisanie listów i t. d.), śpiew grupowy dzieci według planu, pogadanki. 15.45 — 16 mycie rąk, 16 — 16.30 podwieczorek, 16.30 — 18.15 spacer, gry, zabawy, kąpiele higieniczne grupami, 18.15 — 18.30 mycie rąk, 18.30 — 19.15 kolacja, 19.15 — mycie się itd., mycie zębów i spoczynek, 20 — 21 obchód dyżurnego lekarza.

Jak widać z powyższego porządku dnia, dzieci jadły 5 razy, bez względu na wiek, gdyż, jak się okazało, było to niezbędne ze względu na nadzwyczaj dobre apetyty dziecięce, które pomimo obfitego I śniadania nie mogły się doczekać obiadu nawet po spożyciu owoców na II śniadanie, Poniżej podajemy dla przykładu część jadłospisu, według którego dzieci były żywione.

I dzień. I śniadanie Kawa biała, chleb pszenno-razowy z masłem, ser biały. II śniadanie. Bułki z masłem, owoce. Obiad. Rosół z grysikiem, sztuka mięsa, ziemniaki, ogórek, chleb, pischinger. Podwieczorek. Herbata z mlekiem, chleb z marmeladą. Kolacja. Bigos, ziemniaki, herbata, chleb z masłem.

II dzień. I śniadanie. Kakao z żółtkami, bułki z masłem. II śniadanie. Herbata z mlekiem, chleb z marmeladą. Obiad. Krupnik, chleb, pieczeń wołowa, ziemniaki, buraki, kompot. Podwieczorek. Kawa biała, bułki z masłem i miodem. Kolacja. Kwaśne mleko, ziemniaki, chleb, masło, herbata.

III dzień. I śniadanie. Herbata z mlekiem, bułki z masłem, jajka. II śniadanie. Chleb pszenny, masło, herbata, marchew. Obiad. Neapolitanka, chleb, klops z sosem, makaron, ogórek, galareta owocowa. Podwieczorek. Kakao, bułki z masłem. Kolacja. Kasza częstoch. z sosem, herbata, chleb.

IV dzień. I śniadanie. Kawa biała, chleb żytni razowy, ser, masło. II śniadanie. Bułki z masłem, owoce. Obiad. Jarzynowa, chleb, pieczeń cielęca, ziemniaki, marchew, szarlotka. Podwieczorek. Herbata, chleb z topioną słoniną. Kolacja. Kiełbasa surowa w sosie, ziemniaki, chleb, herbata.

V dzień. I śniadanie. Kakao z żółtkiem, bułki z masłem. II śniadanie. Chleb z masłem, ser biały, herbata, marchew. Obiad. Owocowa z grzankami, chleb, makaron po włosku, jarzyna aktualna, ryż ze śmietaną. Podwieczorek. Kawa biała, chleb razowy, masło. Kolacja. Zupa ziemniaczana, chleb, kompot.

VI dzień. I śniadanie. Kawa biała, bułki z masłem, ser trapistów. II śniadanie. Chleb z masłem, herbata, owoce albo pomidory. Obiad. Ogórkowa, grzanki, chleb, sznycel siekany, ziemniaki, buraki, kompot. Podwieczorek. Herbata z mlekiem, chleb z masłem. Kolacja. Sałata francuska, herbata, chleb.

VII dzień. I śniadanie. Czekolada, bułki z masłem. II śniadanie. Bułki z masłem i miodem, owoce. Obiad. Pomidorowa z ryżem, chleb, kotlet wieprzowy, ziemniaki, kapusta, biszkopt ze śmietaną. Podwieczorek. Kawa biała, ciasto drożdżowe. Kolacja. Bułki, chleb, cielęcina na zimno, herbata.

VIII dzień. I śniadanie. Kawa biała, chleb z masłem, jajko. II śniadanie. Chleb z topioną słoniną, herbata, marchew, (pomidory). Obiad. Rosół z makaronem, chleb, sztuka mięsa z sosem, ziemniaki, ćwikła, jabłka pieczone. Podwieczorek. Herbata, bułki z masłem, i miodem. Kolacja. Bigos, herbata, ziemniaki, chleb.

Przy opracowaniu jadłospisu zwracaliśmy uwagę, by obok innych niezbędnych składników pożywienia dostarczyć dzieciom dostatecznej ilości jarzyn i owoców tak w stanie surowym, jak i gotowanym. Chcąc podać poza tym dzieciom dostateczną ilość niezbędnych soli, stosowaliśmy dość często zamiast bułek i chleba białego chleb razowy tak pszenny jak i żytni, wychodząc z założenia, że chleb ten jest pod tym względem znacznie lepszy, niż pieczywo z mąki białej. Poniżej podajemy zestawienia liczbowe zawartości różnych składników zawartych w chlebie razowym i pytlowym, opracowane przez Czerny'ego i Strasburger'a.

Rodzaj pieczywa	Białko	CaO	P_2O_5	Fe_2O_3	MgO	K_2O
	%	w miligramach				
Chleb biały pszenny	6 8	41	320	3	50	152
Chleb pszenny razowy	8 1	85	334	17	73	227
Chleb żytni pytlowy	5.5	15	275	8	12	114
Chleb żytni razowy	6.2	28	334	13	78	344

Jak widzimy z powyższego zestawienia, różnica między chlebem z mąki białej i razowej jest wyraźna. Jakość chleba jest tym ważniejsza, że chleb, obok innych przetworów mącznych, jest głównym źródłem dowozu do ustroju związków magnezu i potasu i częściowo też żelaza. Kalorycznie ilość podawanych pokarmów często znacznie przekraczała normy dla danego wieku, sięgając niekiedy do 4.000 kalorii. Do podnoszenia ilości kalorii zmuszały nas nadzwyczaj dobre apetyty dzieci. Wnioskując z tego, należy podkreślić, że ścisłe przestrzeganie norm ilościowych (granice górne) nie zawsze da się zastosować. Przy obliczaniu zapotrzebowa-

nia staraliśmy się zawsze uwzględniać stosunek pomiędzy poszczególnymi składnikami, a mianowicie: białko, tłuszcz, węglowodany jak 1 : 2 : 6.

Pracę, ze względu na nowotworzący się Zakład jak i ze względu na niezbędne utrzymanie porządku na Kolonii, ujęto w tymczasowe ad hoc opracowane ramy regulaminu dla całego personelu, które były w miarę możności przestrzegane. Poniżej podajemy w skróceniu najważniejsze:

Dyrektor Zakładu: czuwa nad całością pracy lekarsko-wychowawczo-administracyjnej.

Lekarz asystent: czuwa nad wykonywaniem przez odpowiedni personel pielęgniarsko-wychowawczy czynności związanych ze stanem zdrowotnym dzieci,przeprowadza pierwsze badania dzieci wspólnie z innymi lekarzami, wyznacza leczenie i związane z tym zabiegi w porozumieniu z dyrektorem Zakładu, wypełnia krótkie sprawozdania wspólnie z innymi lekarzami z pobytu powierzonych sobie dzieci, pełni dyżury lekarskie według rozkładu, rejestruje choroby zakaźne i opiekuje się dziećmi gorączkującymi, czuwa nad dokładnym funkcjonowaniem pokoju opatrunkowego, załatwia korespondencję w sprawie dzieci z rodzicami.

Lekarze młodsi: pracują pod kierunkiem asystenta na przydzielonych sobie oddziałach, badają i opisują dzieci w porozumieniu z asystentem lub dyrektorem, zalecają odpowiednie zabiegi, wypełniają sprawozdania lekarskie z pobytu dzieci, czuwają nad dokładnym funkcjonowaniem gabinetów pomocniczych według przydziałów, pełnią dyżury według rozkładu z obowiązkiem czuwania w nocy.

Pielęgniarka: dopilnowuje wypisywania i mierzenia ciepłoty, dokonuje niezbędnych opatrunków i zabiegów pod kierunkiem asystenta, lub pomaga przy podobnych zabiegach, waży i mierzy dzieci, dogląda czystości dzieci, ich głów, oraz bielizny osobistej i pościelowej, kąpieli higienicznych i pryszniców, jak również kąpieli solankowych, obsługuje izolatki i oddział izolacyjny, rejestruje ilość wykonanych zabiegów.

Wychowawcy: pełnią dyżury nocne od godziny 21 — 6.30 kolejno przez tydzień, dbają w czasie dyżurów o wietrzenie sal sypialnych, przykrywają i wysadzają dzieci, obserwują zachowanie się dzieci w czasie snu i czuwają nad porządkiem w okresie dyżuru.

Wychowawcy pracujący w dzień: prowadzą gimnastykę poranną dzieci w strojach kąpielowych przy otwartych oknach, gry i zabawy na wolnym powietrzu, lub w razie deszczu w lokalu według tygodniowego programu, prowadzą śpiew i pogadanki na różne tematy aktualne i dotyczące życia wewnętrznego Zakładu w godzinach ustalonych w planie dnia, organizują wycieczki, okolicznościowe i luźne imprezy. Dopilnowują mycia się dzieci rano i wieczorem, mycia zębów, podmywania i mycia rąk przed posiłkami, czuwają nad porządkiem w salach sypialnych i przyległych korytarzach i ubikacjach, pomagają przy wydawaniu posiłków, mierzą ciepłotę, pomagają przy ważeniu dzieci, towarzyszą przy oględzinach lekarskich, dyżurują przy leżakowaniu dzieci, informują odnośnych

lekarzy o zauważonych zmianach w stanie dziecka, dbają wspólnie z pielęgniarką o czystość głów i bielizny dziecięcej tak osobistej jak i pościelowej, sporządzają tygodniowe rozkłady zajęć z dziećmi, sprawdzają korespondencję dziecięcą i oddają lekarzom ordynującym do komentarzy, prowadzą kasę dziecięcą. Odpowiadają wspólnie z salową za całość inwentarza na powierzonym oddziale.

Instrukcje dla kąpielowej: kąpiele solankowe stosowane są co 2 — 3 dni zależnie od uznania ordynującego lekarza, ciepłota wody solankowej w kąpieli 36° — 37° C (o ile nie ma specjalnego zlecenia, ciepłota wody winn awynosić 36° C), kąpiel solankową należy zaczynać zawsze od 36° C, a czas trwania pierwszej kąpieli winien wynosić 5 minut, w miarę zwiększania się ilości zastosowania dziecku kąpieli zwiększa się też i czas ich trwania 5, 7, 10, 12, 15 minut, najdłuższy czas trwania kąpieli nie powinien przekraczać 20 minut i może być zastosowany na wyraźne życzenie lekarza ordynującego, wanna po wypuszczeniu wody musi być umyta, **po kąpieli solankowej dzieci leżakują 1 godzinę.**

Poza tym opracowane zostały instrukcje dla personelu administracyjno-gospodarczego i porządkowego, których z powodu braku miejsca nie podajemy.

W budynku zostały wywieszone odpowiednie instrukcje dla rodziców, które w miarę możności były przestrzegane.

Największą bolączką niestosowania się rodziców do przepisów, ogólnie przyjętych w Zakładach dziecięcych, było masowe przyjeżdżanie w odwiedziny do kolonistów, nieraz z kilkorgiem dzieci, co ze względu na możność przeniesienia infekcji do Zakładu jest niedozwolone. Z tego też względu lekarze, skierowujący dziecko na kolonię, winni zwracać na ten szczegół uwagę rodziców.

Personel Zakładu, pomijając administracyjno-gospodarczy, składał się z lekarza dyrektora, lekarza asystenta, 2 lekarzy młodszych, 1 higienistki, 9 wychowawców, kąpielowej, 11 salowych do sprzątania. Jak już wyżej podawaliśmy, w czasie kolonii w miesiącach czerwcu, lipcu i sierpniu było 816 dzieci, z czego chłopców 383 i dziewczynek 433; według wieku podział przedstawiał się następująco:

Lata	5 lat	6 lat	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	Razem
Ilość dzieci	1	22	51	74	94	94	99	151	126	85	15	3	1	816

Wśród tych dzieci ze schorzeniami gruczołów chłonnych tak obwodowych jak i wnękowych było 271 przypadków, ze skrofulozą — 94, z powiększeniem migdałów — 134, z niedokrwistością — 152, ze zmianami pokrzywiczymi — 53, z nieżytem górnych dróg oddechowych — 28, z wadą serca — 11, z zapaleniem ucha środkowego — 11, bez wyraźnych objawów — 19 i pozostałą ilość stanowiły dzieci z różnorodnymi sprawami

chorobowymi jak: dychawica oskrzelowa, skaza wysiękowa, zapalenie szpiku kostnego, gruźlica kręgosłupa i stawu biodrowego, pląsawica, bielactwo, pokrzywka barwikowa, kiła wrodzona i t. d. U 57,8% dzieci stwierdzić mogliśmy dodatnie próby tuberkulinowe, stany zaś podgorączkowe— u 24% dzieci. Wszystkie dzieci przebyły razem 2.166 dni, co przeciętnie wynosi 27 dni na jedno dziecko. Termin ten, jak już niejednokrotnie zwracano przez różnych autorów uwagę, dla kolonii leczniczej jest stanowczo za krótki, musi on trwać conajmniej 6 — 8 tygodni. Niekiedy nawet termin ten musi być znacznie przedłużony zależnie od rodzaju schorzenia jak i stanu ogólnego dziecka. Bardzo często dziecko, przeniesione ze środowiska domowego na całkiem nowy grunt, w początkowym okresie traci na wadze, jest niespokojne, nerwowe itd., a dopiero po pewnym czasie dochodzi do równowagi, ustrój jego też przyzwyczaja się do nowych warunków i dopiero stan dziecka zaczyna się poprawiać i akurat w tym czasie następuje wyjazd dziecka do warunków domowych, pozostawiających częstokroć bardzo wiele do życzenia.

W czasie pobytu na kolonii 83% dzieci pobierało kąpiele mineralne, razem wszystkie dzieci pobrały 4.547 kąpieli, co na 1 dziecko przeciętnie wynosiło 7 kąpieli. Zaznaczyć tutaj musimy, że niektóre dzieci mogliśmy poddać kąpieli w solance dopiero podczas ostatnich 2 tygodni pobytu, t. j. po ustąpieniu wahań ciepłoty i po uzyskaniu poprawy w stanie ogólnym dziecka. Dzieci kąpane były, jak widać z wyżej podanej instrukcji, co drugi dzień, a niekiedy nawet i rzadziej, zależnie od stanu ciepłoty i samopoczucia kąpanego. Należy podkreślić, że większość dzieci kąpiele te znosiła dobrze, w pojedynczych zaledwie przypadkach mogliśmy stwierdzić krótkotrwałe wahania ciepłoty, bóle głowy lub objawy zmęczenia występujące po kąpieli.

Co się tyczy przyrostu wagi dzieci w czasie pobytu ich na kolonii, to wynosił on przeciętnie dla każdego dziecka 1.3 kgr., jeżeli zaś chodzi o płeć, to dla dziewczynek wynosił on 1,25, dla chłopców zaś 1,35. Na ogół przyrost wagi stwierdziliśmy u 93,6% dzieci, ubytek wagi, pomijając dwa przypadki, gdzie przyczyną była ciężka angina w okresie końcowym pobytu, stwierdziliśmy w 3,4% przypadków (według płci dziewczynki — 4,4% chłopcy — 2,4%); przeciętny ubytek wagi wynosił 0,5 kgr. Z zakażeń tak zwanych wewnątrzszpitalnych i schorzeń dodatkowych w czasie pobytu dzieci na kolonii na pierwszy plan jak zwykle wysuwają się różne postacie anginy, którą obserwowaliśmy w 68 przypadkach, zaburzenia w przewodzie pokarmowym w 4 przypadkach, w jednym przypadku stwierdziliśmy żółtaczkę. Poza tym mieliśmy 2 przypadki różyczki i 1 przypadek odry i 7 przypadków płonicy o pewnym rozpoznaniu, a w jednym przypadku duże podejrzenie. Musimy podkreślić, że wśród dzieci II turnusu pomimo stwierdzenia w początkowym okresie pobytu dzieci na kolonii 1 przypadku płonicy o pewnym rozpoznaniu i 1 z dużym podejrzeniem więcej przypadków nie obserwowaliśmy do końca sezonu, wów-

czas gdy w okresie trzeciego sezonu stwierdziliśmy aż 6 przypadków płonicy, źródłem zakażenia w tym okresie był 14-letni chłopak, który trzeciego dnia pobytu na kolonii zachorował na płonicę. W okresie tym prawie stale, z małymi zaledwie wyjątkami, padały deszcze, co utrudniało możność większego rozproszenia dzieci. Na uwagę zasługuje fakt, że wszystkie dzieci zachorowały tylko na 1 sali, wówczas gdy dzieci z tego samego skrzydła, spotykające się ze sobą stale na korytarzu, przy stole jadalnym itd., nie chorowały. Okres wylęgania w niektórych przypadkach znacznie się przedłużał poza granice przewidzianych 7 dni, możliwe że na przedłużenie tego okresu wpłynęło to, że wszystkie dzieci miały stosowane szczepienia przeciwpłonicze.

Reasumując wyniki uzyskane wśród dzieci kolonijnych, należy podkreślić w pierwszym rzędzie znaczną poprawę apetytów u przeważającej ilości dzieci. Niejednokrotnie same dzieci zwracały na to uwagę, że w domu tyle nigdy nie zjadały, co tutaj i że w domu mogły spokojnie nie jeść obiadu, wówczas gdy na kolonii pomimo obfitego pierwszego i drugiego śniadania nie mogły się doczekać chwili pójścia na obiad. Dowodzą tego zresztą podane wyżej ilości kalorii dla jednego dziecka. Nie bez znaczenia tutaj jest oczywista towarzystwo, które bardzo korzystnie u dzieci wpływa na poprawę apetytu, niewątpliwy też jest jednak i wpływ leczenia klimatyczno-zdrojowego. Stwierdziliśmy też w 93,6% przypadków przyrost na wadze, który przeciętnie wynosił 1,3 kgr. Stwierdzić też należy, że samopoczucie i stan ogólny większości dzieci szybko się poprawiał, pomimo nawet okresu tęsknoty za domem, dzieci się ożywiały, jędrniały im tkanki, znacznie poprawiała się cera, niejednokrotnie też ustępowały początkowe, podgorączkowe wahania ciepłoty, która ustalała się w granicach normy. Bardzo wyraźnie zanaczył się wpływ pobytu w Rabce na dzieci z dychawicą oskrzelową, u których po kilku lub kilkunastu dniach pobytu ustępowały nie tylko napady astmy, lecz nawet całkowicie objawy nieżytowe w płucach. Samopoczucie tych dzieci, jak i ich stan ogólny ulegały szybko wyraźnej poprawie.

Utrata zdolności do pracy

Dr. PIOTR MACEWICZ, Warszawa

We wszelkiej pracy człowieka zachodzi kierowana wolą zmiana stanu energii w jego ustroju, przeto zdolność do pracy możemy rozumieć jako zdolność do woluntalnego kierowania zmianą stanu własnej energii.

Z pomiędzy różnych prac, do których wykonywania człowiek jest zdolny, wyróżniamy pracę zarobkową, przy czym podnieść należy, że każde wykonywanie czynności zawodowych za wynagrodzeniem jest pracą zarobkową, lecz nie każda praca zarobkowa jest wykonywaniem czynności zawodowych. Nazwą „praca zarobkowa" obejmujemy wykonywanie za wynagrodzeniem niektórych społecznie pożytecznych czynności, a nazwa „praca zawodowa" obejmujemy wykonywanie za wynagrodzeniem takichże czynności w zakresie pewnego zawodu. „Zawodem" zwiemy zespół poszczególnych specjalności (fachów), które łączy ze sobą operowanie jednorodnym (z pewnego stanowiska) materiałem. (Zawody mogą być łączone w grupy, lecz tego nie będziemy brać pod uwagę w naszych rozważaniach).

„Specjalnością zawodową" (fachem) będziemy nazywali posiadanie umiejętności, nabytej przez odpowiednie przygotowanie, oraz uprawnienie do wykonywania niektórych społecznie pożytecznych czynności przy operowaniu jednorodnym (z pewnego stanowiska) materiałem. Zdolność do nabycia umiejętności oraz uprawnienia do wykonywania wspomnianych w zdaniu poprzednim czynności będziemy krótko nazywać „zdolnością do określonej pracy zawodowej". Nabycie umiejętności wykonywania określonej pracy zawodowej zależy od posiadania i możności aktualizowania przy jej wykonywaniu pewnych dyspozycyj fizycznych i psychofizjologicznych, które umówmy się nazywać ogólnie cechami, **niezbędnymi** dla wykonywania danego rodzaju pracy. Można się zatem domniemywać, że pracownik, który przez stosowne przygotowanie nabył umiejętność i uprawnienia do wykonywania określonej pracy zawodowej, posiadał wszystkie niezbędne do tej pracy cechy. Posiadanie uprawnień do wykonywania określonych czynności zawodowych jeszcze nie świadczy o zdolności do ich wykonywania. Umiejętność wykonywania określonej pracy może świadczyć o stosownym przygotowaniu, lecz samo przygotowanie

nie zawsze świadczy o umiejętności. Brak uprawnień do wykonywania określonej pracy zawodowej pomimo przygotowania i umiejętności powinien wyłączać możność dochodzenia ewentualnej utraty zdolności do jej wykonywania. Zatem „zdolnością do pracy zawodowej" będziemy nazywali nabytą przez stosowne przygotowanie umiejętność i uprawnienie do jej wykonywania, stwierdzone przez upoważnioną instytucję, przy odpowiednim stanie zdrowia pracownika.

„Pracą zawodową" będziemy nazywali wykonywanie niektórych czynności wchodzących w zakres określonego zawodu (lub pewnej specjalności zawodowej).

Pojęcie „praca", definicję której podaliśmy wyżej, obejmuje sobą pojęcia „praca zarobkowa", a ta ostatnia obejmuje pojęcie, „praca zawodowa". W pracy zawodowej możemy wyróżnić jeszcze szereg różnych specjalności zawodowych (fachów).

PRACA

niezarobkowa

zarobkowa

zawodowa

niezawodowa

specjalności

Utrata zdolności do woluntalnego kierowania zmianą stanu własnej energii oczywiście wyłącza zdolność do wszelkiej pracy, a to jest możliwe wskutek śmierci, bardzo znacznych okaleczeń, poważniejszego schorzenia psychicznego lub obłożnej choroby; w ostatnim przypadku owa utrata może być przemijająca. To samo dałoby się powiedzieć również o utracie zdolności do pracy zarobkowej, lecz utrata zdolności do pracy zawodowej nie zawsze świadczy o utracie zdolności do pracy zarobkowej. Utrata zdolności do pracy w jakiejś specjalności zawodowej może świadczyć o utracie zdolności do pracy w danym zawodzie.

Utrata zdolności do pracy może być stała lub przejściowa.

Ze względu na to, że utrata zdolności do woluntalnego kierowania zmianą stanu własnej energii nie może być częściowa, przeto utrata zdolności do jakiejkolwiek pracy może być tylko całkowita.

Przechodząc obecnie do sprawy kryteriów utraty zdolności do pracy, ograniczymy nasze rozważania do zakresu pojęcia „praca zarobkowa", a to ze względu na cel niniejszego referatu. (Mówiąc o utracie zdolności do pracy w ogóle musielibyśmy również uwzględnić i to, że np. niemowlę, zdolne w istocie do woluntalnego kierowania zmianą stanu własnej energii, nie jest zdolne do pracy zarobkowej, lecz podobne rozważania nie leżą na linii naszych zamierzeń).

Utrata zdolności do pracy zarobkowej zasadniczo jest możliwa w tych jedynie przypadkach, co i utrata zdolności do pracy w ogóle, lecz w praktyce również zakłada się ową utratę po przekroczeniu określonego wieku życia, przy czym przyjmuje się tutaj przeciętną wieku życia ludzkiego w obecnych warunkach. Niewątpliwie jednak np. starczy upadek sił fizycznych i duchowych może danemu człowiekowi uniemożliwić pracę zarobkową.

Za kryterium utraty zdolności do pracy zarobkowej możemy uważać ogólny upadek sił duchowych lub fizycznych (niekiedy równocześnie) w warunkach chorób obłożnych, nieuleczalnych, poważniejszych okaleczeń, w starości — w ogóle w tych wszystkich przypadkach, gdy uniemożliwione jest kierowanie zmianą stanu własnej energii w celach zarobkowych.

Pojęcie „praca zawodowa" może niekiedy pokrywać się z pojęciem „pracy zarobkowej", lecz nie we wszystkich przypadkach. Tak np. pewien pracownik może być zatrudniony przy wykonywaniu takich czynności, które nic nie mają wspólnego z jego zawodem, lub nie posiadać w ogóle żadnego zawodu.

Przechodząc obecnie do omawiania pracy zawodowej, przede wszystkim podkreślić należy, że w każdym rodzaju pracy zawodowej istnieje szereg charakterystycznych dla niej czynności; prawdopodobnie każdy człowiek, zdolny do woluntalnego kierowania zmianą stanu własnej energii w celach zarobkowych, nawet bez specjalnego przygotowania potrafi wykonać niektóre czynności każdego zawodu, lecz nie jest możliwe, aby ktokolwiek mógł posiąść zdolność do wykonywania wszystkich czynności we wszystkich rodzajach pracy. Z tego tytułu nie można mówić o zdolności do pracy zawodowej w ogóle, lecz tylko o zdolności do określonej pracy zawodowej, chyba, że przez nazwę „zdolność do pracy zawodowej w ogóle" będziemy rozumieć zdolność do pracy zarobkowej, lecz o ostatniej jużeśmy wyżej mówili. Wobec tego, że nabycie umiejętności i wykonywanie jakieś określonej pracy zawodowej jest uwarunkowane posiadaniem przez danego człowieka określonych cech **niezbędnych,** o których już wyżej była mowa, przeto utrata choćby jednej z takich cech świadczy o całkowitej utracie zdolności do wykonywania tego rodzaju pracy. Każdy zawód (fach) przewiduje szereg najrozmaitszych czynności, wymagających od pracownika aktualizowania różnego poziomu sił duchowych i fizycznych, i nie można orzekać o częściowej utracie zdolności do pracy **zawodowej,**

jeżeli dany pracownik może jeszcze wykonywać niektóre proste czynności. Utraciwszy zdolność do wykonywania pewnej pracy, człowiek zmuszony głodem będzie wykonywał wszystko, co tylko będzie mógł i za byle opłatą, lecz to nikogo nie upoważnia do orzekania o częściowej utracie zdolności. Tak np. nie podobna orzekać o częściowej utracie zdolności do pracy zawodowej malarza, jeżeli on jeszcze potrafi mieszać w kuble farbę z wodą, a to wszak jest jedna z jego zawodowych czynności.

Przyczyny utraty zdolności do wykonywania określonej pracy zawodowej mogą być różnej natury: tak np. istnieje naturalne wygasanie owych zdolności po przekroczeniu lat służby, utrata zdolności ex inactivitate, osłabienie dyspozycji pod wpływem urazów psychicznych, alkoholizmu, narkomanii, pod wpływem nieszczęśliwych wypadków przy pracy, schorzeń wywołanych integralnymi warunkami danej pracy lub czynnikami obcymi itp. Orzeczenie o ewentualnej utracie moze być oparte na stwierdzeniu stanu zdrowia danego człowieka (stan anatomiczny, fizjologiczny i psychofizjologiczny) i porównanie owego stanu ze **specjalnymi** wymaganiami zawodu, uprawianego dotąd przez tegoż czławieka. Wymagania te, w postaci kart zawodowych, stanowić mają wyliczenie wspomnianych wyżej cech niezbędnych przy wykonywaniu pracy w danym zawodzie. W pierwszym etapie prac należałoby drogą zbierania danych z odnośnej literatury, konferencji ze znawcami zawodowymi itp. sporządzić takie karty zawodowe dla różnych specjalności. Przykład podobnej karty podamy niżej. Podstawą orzekania może być synoptyczne zestawenie karty indywidualnej danego pracownika, wystawionej po zbadaniu lekarskim, z kartą zawodową. Ewentualne stwierdzenie utraty bodaj jednej cechy, **niezbędnej** w danej pracy zawodowej, uprawnia do wnioskowania o całkowitej utracie zdolności do niej.

Pracownik, który sądzi, że utracił zdolność do wykonywania dotychczasowych czynności (pracy zarobkowej), albo posiada wszystkie cechy niezbędne dla swej pracy i wtedy jest zdolny, choć może nie chcieć lub nie móc pracować, lub też utracił jedną lub więcej z liczby cech niezbędnych i wtedy zupełnie nie jest zdolny do wykonywania pracy dotychczasowej. Nie może być mowy o utracie zdolności częściowej, może być tylko utrata całkowita. Niewątpliwie mogą być pracownicy w jakimś zawodzie lepsi i gorsi, lecz podobna jakość pracownika zależy nie od iluzorycznych uzdolnień, nie od braku jednej lub więcej cech niezbędnych (bo brak chociażby jednej niezbędnej cechy czyni danego pracownika nieprzydatnym), lecz jakość zależy od przygotowania zawodowego oraz od właściwych podniet do pracy natury moralnej, socjalnej, ekonomicznej itp.

Jest zupełnie możliwe, że dany pracownik, pomimo całkowitej utraty zdolności do wykonywania dotychczasowych czynności, może z powodzeniem pracować w innym zawodzie, lecz to nie powinno krępować instancji orzekającej o utracie przezeń zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie.

Ażeby mieć coś konkretnego przed oczami, rozważmy następujący przykład:

Pewien człowiek, zatrudniony dotąd w charakterze ślusarza w firmie X, uległ jakiemuś wypadkowi przy pracy i sądzi, że utracił zdolność do wykonywania dotychczasowych czynności, bo np. doznał osłabienia słuchu.

Jeżeli został przyjęty do pracy w charakterze ślusarza, to należy i wolno się domniemywać, że posiadał on umiejętności i uprawnienia do wykonywania czynności w danym fachu oraz że posiadał wszelkie cechy niezbędne do danej pracy.

Badania lekarskie potwierdziły, że istotnie ostrość słuchu u danego pracownika jest znacznie poniżej normy, tak iż np. szept słyszy zaledwie ad concham.

Wiemy, iż ślusarz warsztatowy wykonywa swe czynności przy imadle lub innych przyrządach pomocniczych, których funkcjonowania nie potrzebuje dozorować słuchem oraz że w pracy swej nie ma potrzeby z nikim się porozumiewać, szczególnie szeptem, więc wnioskujemy: dany człowiek sądzi niesłusznie, że utracił zdolność do pracy dotychczasowej.

Inny przykład: pracujący przy pierwszym stole pewnej apteki farmaceuta ogłuch, skutkiem czego nie mógł wykonywać dotychczasowych czynności, bo w pracy przy pierwszym stole trzeba ustawicznie porozumiewać się z publicznością (klientelą). Właściciel apteki, nie chcąc utracić solidnego pracownika, obniżył mu zarobek do $^1/_3$ dotychczasowych poborów i zatrudnił go w laboratorjum. Tutaj mamy do czynienia z koncepcją częściowej utraty zdolności do pracy zawodowej i z praktycznym wykorzystaniem smutnej sytuacji pracownika. Zasadniczo jednak ów farmaceuta zdolność do pracy utracił całkowicie, ponieważ nawet w laboratorium zachodzi potrzeba kontrolować niektóre procesy słuchem i głuchy może narazić siebie oraz otoczenie na katastrofę. Ogólnie w danym przypadku wytworzyła się sytuacja nieodpowiednia: groźba wypadku, utrudnione porozumiewanie się z innymi pracownikami w trakcie ich załatwiania przez laboratorium, głębokie a uzasadnione poczucie krzywdy pracownika i właściwie niezdolność jego do wykonywania niektórych prac koniecznych w laboratorium; z drugiej strony wątpliwy zysk materialny przedsiębiorcy, wykorzystującego sytuację pracownika, ale to również nie może budzić entuzjazmu do podobnej koncepcji częściowej utraty zdolności.

Jeszcze przykład: tzw. dekarze, tj. blacharze kryjący dachy, należą do kategorii pracowników lepiej płatnych od tych, co stale zatrudnieni są w warsztacie. Pewien dekarz przebył ostry gościec stawowy, jak sądzi z przyczyny przeziębienia w pracy na dachu i przypuszcza, że utracił zdolność do pracy, bo, jak sam powiada, obecnie „boi się dachu". Badanie potwierdza, że istotnie istnieje u niego poważne schorzenie serca i jest możliwość niespodziewanych zawrotów głowy, a nawet omdleń. Wiadomo,

iż w tych przypadkach podobnemu schorzeniu może towarzyszyć lęk wysokości. Utrata zdolności do pracy jest całkowita, ponieważ dotychczasowych czynności na dachu pracownik ów pełnić nie może i nie powinien, a praca w warsztacie również nie jest wskazana, bo jego stan zdrowia uniemożliwia mu wykonywanie koniecznych w warsztacie znaczniejszych wysiłków fizycznych, a możliwe zawroty głowy i omdlenia przy niektórych pracach (jak np. cięcie blachy) grożą mu kalectwem. Niektóre — nieliczne zresztą — czynności przy tzw. galanterii wykonywać on może, lecz i tutaj wydajnie pracować nie jest w stanie. Zatem w ogóle nie jest zdolny do pracy w dotychczasowym zawodzie.

Ktoś mógłby zarzucić, że koncepcja o utracie całkowitej zdolności do pracy zarobkowej w razie stwierdzenia braku u pracownika choćby jednej cechy, niezbędnej przy wykonywaniu przezeń dotychczasowych czynności, może być niesłuszna dla tego, że podobne orzeczenie może być podstawą do wymagania przez pracownika odszkodowania w takiej czy innej formie, a chociaż dany pracownik mógłby zasadniczo jeszcze zarobkować samodzielnie, jednak stanie się ciężarem społecznym. To prawda, lecz tu mówimy tylko o utracie zdolności, a ewentualne konsekwencje są sprawą dalszą i do niej jeszcze wrócimy. Tutaj usiłowaliśmy uzasadnić, że nie może być zasadniczo utraty częściowej, a może być tylko utrata całkowita.

Jeszcze winniśmy poruszyć jedną sprawę, a mianowicie pojęcie pracy „stałej" i „czasowej". W orzekaniu o utracie zdolności powyższa sprawa nie może być brana pod uwagę. Wszak chodzi o ustalenie faktu, czy dany pracownik jest zdolny wykonywać określone czynności, jest zatem rzeczą obojętną, czy on dotąd wykonywał je stale, czy tylko przygodnie.

Inna rzecz, co potem z podobnym orzeczeniem zrobić; w pierwszym etapie prac chodzi jedynie o ustalenie wytycznych do orzeczenia o przydatności danego człowieka do wykonywania określonych czynności na zasadzie stwierdzonego obiektywnie stanu jego zdrowia oraz sprawności fizycznej i duchowej.

Już mówiliśmy wyżej, w jaki sposób można praktycznie rozwiązać zadanie określenia przydatności do wykonywania określonych czynności.

Poruszyliśmy również sprawę sporządzenia „karty zawodowej" Tutaj musimy poczynić pewne uwagi natury ogólniejszej. Od czasu do czasu karty zawodowe muszą podlegać rewizji i to z następujących względów. Przede wszystkim niektóre zawody zupełnie znikają, stają się nieaktualne, a poza tym warunki pracy warsztatowej, narzędzia operowania i sposoby wytwarzania mogą się zmieniać z powodu mechanizacji, racjonalizacji itp. I może tak się ułożyć, że pracownik, nieprzydatny ze względu na stan swego zdrowia w warunkach dawnych, mógłby obecnie wykonywać pewne czynności i przeciwnie. Przy układaniu karty zawodowej należy wziąć pod uwagę integralne warunki pracy w obecnym czasie,

zakładając, że poza tym warunki higieniczne samego warsztatu pracy są wystarczające. W karcie zawodowej bierze się pod uwagę przeciętny efekt pracy zawodowej, tj. bierze się pod uwagę nie najwyższą sprawność (w sensie tayloryzmu lub stachanowszczyzny), lecz sprawność fizjologiczną tzw. normę, czyli przeciętną.

Przy niniejszym przedstawimy projekt takiej karty zawodowej, np. ślusarza warsztatowego.

Ślusarz warsztatowy (czeladnik).

Pracownik wykwalifikowany musi posiadać umiejętność wykonywania pewnych przedmiotów z metalu, nabytą przez odpowiednie przygotowanie w szkole zawodowej lub w warsztacie mistrza oraz świadectwo czeladnicze. Pracę swą wykonywa w pomieszczeniu zamkniętym przeważnie przy imadle, posiłkując się jednocześnie innymi pomocniczymi narzędziami. Przedmioty wykonywa, posługując się rysunkiem technicznym (względnie zapamiętanym wyobrażeniem przedmiotu). W pracy nie ma potrzeby porozumiewać się z klientelą, wykonywając ustne lub piśmienne zlecenia przedsiębiorcy w zakresie swej umiejętności i doświadczenia zawodowego. Praca w zasadzie jest dzienna, nie denerwująca i nie należy do kategorii prac tzw. niebezpiecznych. Zatrucia są na ogół rzadkie; urazy bywają przeważnie natury mechanicznej, możliwe są oparzenia (przy lutowaniu), jak również urazy mechaniczne oczu odpryskami metalu przy ścinaniu pilnikiem np. odlewów. Czynności są wykonywane w pozycji stojącej i wymagają swobody ruchów szczególnie w stawach rąk i tułowia. Głuchoniemi pracować mogą. Praca zawodowa specjalnych schorzeń nie powoduje.

Niezbędne warunki anatomiczno-fizjologiczne:

Zmysły: 1. Wzrok: Bystrość wzroku dopuszczalna jest 0,5 na każde oko; szkła korygujące nie stanowią przeciwwskazania; jednooczny pracować może, ponieważ w pracy ślusarz posiłkować się może przyrządami mierniczymi (cyrkiel, mikrometr itp.). Daltonizm ani hemeralopia przeciwwskazań nie stanowią.

2. Słuch większej roli nie gra.

3. Węch „ „ „ „

4. Smak „ „ „ „

5. Czucia powierzchowne i głębokie mają znaczenie, lecz tylko utrata znacznego stopnia stanowi przeciwwskazanie.

Kościec: Kręgosłup. Skrzywienie i ruchomość średniego stopnia przeciwwskazaniem nie są.

Klatka piersiowa. Zniekształcenia wrodzone lub nabyte średniego stopnia przeciwwskazaniem nie są.

Kończyny górne. Brak lub bezwład kończyny górnej jest przeciwwskazaniem.

Kończyny dolne. Brak lub bezwład jednej kończyny dolnej przeciwwskazaniem nie jest. Zniekształcenie kończyn dolnych, tzw. płaskie stopy lub braki palców u nóg przeciwwskazaniem nie są.

Ręce. Zniekształcenie lub brak 1, 2, 3 lub 4 i 5 palca razem u ręki prawej jest przeciwwskazaniem. To samo dotyczy ręki lewej.

Mięśnie: Zaniki mięśni grzbietu, rąk oraz obu nóg jednocześnie stanowią przeciwwskazanie. Zaniki mięśniowe u jednej tylko nogi przeciwwskazania nie stanowią.

Stawy: Dopuszczalne są unieruchomienia stawów tylko kolanowego i skokowego u jednej nogi lub 4 i 5 palca obu rąk.

Tarczyca: Jej zmiany, o ile nie spowodowały poważnych zmian w układzie psychonerwowym, przeciwwskazaniem nie są.

Śledziona i wątroba: Schorzenia tych narządów mogą stanowić przeciwwskazanie.

Trzustka i nadnercze: Schorzenia tych narządów mogą stanowić przeciwwskazanie.

Gruczoły płciowe: Obojętne.

Płuca: Nieczynne zmiany specyficzne nie są przeciwwskazaniem. zarówno jak astma i rozedma (nieznacznego stopnia).

Narząd krążenia: Nawet wyrównane wady serca stanowią przeciwwskazanie.

Narząd trawienia: Niektóre zmiany przewlekłe nie są przeciwwskazaniem.

Układ płciowy: Obojętne.

Stan psychiczny: Stany padaczkowe są przeciwwskazaniem, jak również stany schizoidalne.

Stany paranoidalne przeciwwskazaniem mogą nie być.

Jeżeli dany pracownik potrafił nabyć umiejętność pracy zawodowej oraz uzyskał odpowiednie uprawnienie i został przyjęty do pracy, to można się domniemywać, że w chwili rozpoczęcia czynności zawodowych sprawność jego władz psychicznych była co najmniej wystarczająca.

Istnieje również znaczna liczba pracowników, których czynność zawodowa bądź nie wymaga żadnego przygotowania specjalnego ani szczególnych uprawnień,bądź też zatrudnionych przy takiej pracy, która nie ma nic wspólnego z posiadanym przez nich zawodem. Utrata zdolności do pracy zawodowej u nich również może się przytrafić; o kryteriach utraty takiej zdolności już była wyżej mowa. Może się jednak tak przytrafić, że dany pracownik utracił zdolność do wykonywania dotychczasowych czynności zarobkowych, lecz nie utracił zdolności do pracy zarobkowej w ogóle. Oczywiście, nie podobna orzekać o utracie zdolności do samej pracy zawodowej, której dany pracownik nie wykonywał, choć może posia-

dał odpowiednie umiejętności i uprawnienia. Można przypuszczać utratę zdolności do wykonywania tylko tej pracy, którą pracownik faktycznie wykonywał. Dotyczy to szczególnie tych przypadków, gdy pracownik, posiadając w swoim czasie jakiś zawód, nabył umiejętność i uprawnienia do wykonania nowego zawodu, w którym potem był zatrudniony. Tu będziemy mieli do czynienia również z pracą zawodową. Zasadniczo nie można utracić tego, czego się w ogóle nie posiadało, zatem pracownicy niewykwalifikowani, tj. nie mający żadnego zawodu, nie mogą tracić zdolności do pracy zawodowej, mogą tracić zdolność tylko do pracy zarobkowej. Jeżeli weźmiemy pod uwagę szereg ludzi zarobkujących przy lada sposobności, wykonywając najrozmaitsze czynności, nie wymagające specjalnego przygotowania i szczególnych uprawnień, jak np. niektóre czynności usługowe, handel domokrążny itp., to powyższe staje się zupełnie jasne. Lecz istnieje pewna kategoria pracowników, których w istocie również zaliczyć należy do pracowników niewykwalifikowanych. Są to niektórzy tzw. pracownicy „umysłowi". Posiadają oni najrozmaitszy poziom wykształcenia ogólnego i w zależności od koniunktury, przypadku i zalet osobistych, zarobkują w różny sposób, niekiedy pracując w biurach, niekiedy załatwiając zlecenia poza biurami i samodzielnie probują zarobkować w różny zresztą sposób. Każdy niewykwalifikowany rodzaj pracy jest im dostępny i dlatego u nich można mówić tylko o ewentualnej utracie zdolności do pracy zarobkowej. Lecz w przeciwieństwie do tego, cośmy mówili o pracy zawodowej, u pracowników niekwalifikowanych zachodzić może również utrata zdolności do pracy zarobkowej całkowita lub częściowa, jak również na stałe lub przejściowo. Tutaj rozważyć należy stałą częściową utratę zdolności do pracy zarobkowej, ponieważ o kryteriach utraty całkowitej zdolności do pracy zarobkowej już mówiliśmy poprzednio.

Pod wpływem najrozmaitszych przyczyn mogą zachodzić w ustroju pracownika takie zmiany, które mniej lub więcej ograniczają jego zdolność do pracy zarobkowej, tzn. że mniej lub więcej zwężają zakres czynności zarobkowych, które mógłby on wykonywać. Podobna utraca zdolności wyrażana jest niekiedy w formie odsetka (pewnej liczby), lecz to jest sprawą konwencjonalną i danej liczby nie podobna ani uzasadnić, ani też obalić, ponieważ brak jakichkolwiek podstaw natury matematycznej, a wynik w kształcie określonej liczby wymaga przesłanek również liczbowych. Można jedynie z pewnym przybliżeniem, opierając się na poczuciu i znajomości życia gospodarczego oraz wiedzy lekarskiej, proponować taką lub inną liczbę odsetka utraty zdolności do pracy zarobkowej dla celów specjalnych. Przedłożene określonych odsetków wykracza z ram niniejszego referatu, zatem poprzestaniemy na ogólnym jeno zarysie tego, jakie zmiany mogłyby świadczyć o tej częściowej utracie zdolności do pracy zarobkowej.

Przy orzeczeniu o tej utracie może być wzięte pod uwagę znaczne zeszpecenie, całkowita utrata wzroku, słuchu, mowy, utrata kończyn, schorzenia w układach: krążenia, oddychania, trawienia, moczopłciowym i nerwowym, o ile one w konsekwencji sprowadzają nieodwracalne poważniejsze zmiany patologiczne.

W drugim etapie prac należałoby sprawę utraty przez pracowników niewykwalifikowanych zdolności do pracy zarobkowej rozważyć szerzej i zaprojektować odpowiednie odsetki. W tym celu wskazane byłoby w gronie specjalistów lekarzy omówić wpływ schorzeń poszczególnych układów na sprawność władz fizycznych i psychofizjologicznych człowieka.

Praca lekarza rejonowego na P. K. P.*)

DR. KAROL KUHL
Lekarz rejonowy we Lwowie

Zbyt mało znaną jest praca lekarza rejonowego, a stąd wynika zupełnie mylne i krzywdzące lekarzy kolejowych jej ocenianie. Każdy zna tylko tablice porozmieszczane na ścianach biur służbowych i drzwiach poradni lekarskiej — zawierają one numer porządkowy rejonu, imię i nazwisko lekarza, jego adres i numer telefonu, oraz skromne stwierdzenie, że lekarz ordynuje przez 2 godziny dziennie (od — do). Tablice te nie mówią wcale, jaką powierzchnię dany rejon zajmuje, o ilości porad lekarskich, jakich dziennie ma lekarz rejonowy udzielić, ani też o całym szeregu innych zajęć i obowiązków nałożonych na lekarza rejonowego.

Pragnę przedstawić całokształt tej pracy, jej ogrom i wielką odpowiedzialność oraz trudności, jakie lekarz rejonowy napotyka przy jej wykonywaniu.

Do zajęć lekarza rejonowego należy:

1. Przyjąć w poradni wszystkich w danym dniu zgłaszających się chorych pracowników, członków ich rodzin, emerytów i przysłanych osób z Rodziny Kolejowej, zamieszkałych na terenie danego rejonu, oraz przydzielonych przez Wydział Sanitarny z innych rejonów — w ciągu wyznaczonych godzin ambulatoryjnych bez względu na ilość i czas zgłoszonych pacjentów, a nawet i ewentualną epidemię.

Każdego zgłaszającego się musi lekarz wysłuchać, jakie ma dolegliwości, przeczekać czas rozebrania, dokładnie zbadać (ewent. zmierzyć ciepłotę ciała, zbadać mocz i ciśnienie krwi w razie potrzeby), zanotować to wszystko we wkładkach kartoteki i karcie statystycznej „Sprawozdanie" w odpowiednim kwadraciku (t. zw. „płachta"), przepisać ponadto do wkładek kartoteki wyniki badań dodatkowych, jak Roentgen, badania moczu, krwi, itp. W razie przyjęcia pracownika w stan chorych wypełnić druk S. Nr. 4 i wysłać do odpowiedniego urzędu; w razie skierowania do specjalisty wypełnić wszystkie rubryki druku S. Nr. 7, a do szpitala S. Nr. 5 — zapisać leki każdy na osobnym druku S. Nr. 8 z powtarzającym się nagłówkiem zawierającym pięć pozycyj, oraz datę i pieczątkę, ewentu-

*) Referat wygłoszony podczas odprawy lekarzy kolejowych Dyrekcji Lwowskiej przy obecności Władz Przełożonych (patrz „Kronika").

alnie wystawić jeszcze przekaz na pomocnicze środki na druku S. Nr. 9— pouczyć chorego o zachowaniu się podczas leczenia i sposobie przyjmowania leków. Dla oszczędzenia czasu chory przy tym musi się ubierać. Sumienne załatwienie wszystkich tych czynności przy dużej wprawie doświadczonego lekarza i niezbyt skomplikowanej chorobie pacjenta musi trwać co najmniej 12 — 15 minut, a niekiedy i dłużej.

2. Udzielać porad w nagłych wypadkach z wypełnieniem, „Protokołu dochodzeń" na druku S. Nr. 17, obejmującym kilkanaście pozycyj, a o ile dotyczy to uszkodzonego z obcego rejonu, uwiadomić o tym jego lekarza rejonowego. W cięższym wypadku, gdy zachodzi potrzeba przewięzienia do szpitala, następuje ponadto wypełnienie „Zlecenia do szpitala" i wystawienie pisma do Pogotowia ratunkowego z prośbą o przewóz chorego na koszt Dyrekcji Kolejowej.

3. Sporządzać protokóły Komisyj rejonowych na różowym druku S. Nr. 18 po każdym ukończeniu leczenia uszkodzonego w wypadku.

4. Sporządzać protokoły Komisyj rejonowych na żółtym druku S. Nr. 14 w każdym wypadku choroby pracownika trwającej ponad 6 tygodni, zauważenia gorszej sprawności fizycznej niż wymagana na danym stanowisku — co kilka tygodni podczas długotrwałej choroby — na każde żądanie Wydziału Sanitarnego i Urzędów P.K.P. — wreszcie dla pracowników, ich rodzin i emerytów w każdym wypadku wniesienia przez nich prośby o przyznanie leczenia klimatycznego, zdrojowego, urlopu zdrowotnego itp., dla członków rodzin, wdów i sierot po kolejarzach starających się o zaopatrzenia poza przewidzianym wiekiem.

Wiele czasu i pracy wymaga przygotowanie każdej Komisji, zebranie wyników badań dodatkowych i opinii specjalistów, wreszcie wypełnienie pismem dwustronnie arkusza protokołu, a jakiej odpowiedzialności dyscyplinarnej, moralnej i materialnej wydanie orzeczenia, — uzmysłowimy sobie, skoro będziemy pamiętać, że od tego orzeczenia zależy niejednokrotnie byt badanego pracownika i jego całej rodziny, na nim opierają się postanowienia Władz kolejowych , a niejednokrotnie są najważniejszymi dokumentami szeregu spraw sądowych i odwołań do Trybunału Administracyjnego.

5. Przeprowadzać dokładne badanie ze szczegółowym wypełnieniem około 40-tu pozycyj na 4-ch stronicach „Karty stanu zrdowia" druk S. Nr. 11 wszystkich nowowstępujących do służby kolejowej, przeznaczonych do szkoleń zleconych, zakwalifikowanych do zmiany służby i przyjęcia na stałego pracownika lub na etat.

6. Przeprowadzać badania okresowe w nakazanym czasie (co dwa lata przez pół roku po kilku dziennie) kilkuset praacowników Służby eksploatacyjnej, mechanicznej i drogowej, oraz wypełniać dla każdego wszystkie rubryki „Kart badania periodycznego" na druku S. Nr. 13. Po ukończonym badaniu każdej grupy lekarz rejonowy musi sporządzać odpowiednie wykazy dla Wydziału Sanitarnego, a w razie stwierdzenia gor-

szej sprawności fizycznej, jak wymagana dla danej służby, zawiadamiać o tym odnośny urząd i przeprowadzać badanie w Komisji rejonowej.

7. Wykonywać wszelkie zabiegi związane z leczeniem (wstrzykiwania dożylne, domięśniowe i podskórne, upusty krwi, wysięków jam surowiczych itp.).

8. Prowadzić cały szereg prac kancelaryjnych w rejonie, jak:

a) prowadzenie kartotek, ewidencji chorych i związanej z tym korespondencji ze specjalistami, urzędami, szpitalami itp.;

b) wystawianie na żądanie pracowników, członków ich rodzin i emerytów zleceń na druku S. Nr. 7 do dentystów, ginekologa, pediatry i innych specjalistów;

c) prowadzenie wraz z odpisami ewidencji ruchu chorych ambulatoryjnych i wizyt domowych ze żmudnymi zestawieniami miesięcznymi i rocznymi 60-ciu pozycyj „Sprawozdania" („płachty") wymagającymi wielu godzin pracy — druk S. Nr. 32;

d) studiowanie okólników i rozporządzeń wraz z prowadzeniem ich ewidencji;

e) opiniowanie wszelkiego rodzaju podań, jak: próśb o zapomogi dyrekcyjne, związkowe i z Rodziny Kolejowej, próśb o zaliczki, o przydział mieszkania, o zwrot kosztów za wezwanie lekarza postronnego w nagłym wypadku, o zasiłek porodowy, o zezwolenie na jazdę pociągiem pośpiesznym, o przydział wagonu lub mieszkania na letnisku itp.;

f) prowadzenie ewidencji wydanych „zleceń do szpitali";

g) wystawianie zaświadczeń na bezpłatny przejazd do szpitali, sanatorium, dopilnowanie ich zwrotu po wykorzystaniu, przedstawianie w określonych porach do kontroli;

h) prowadzenie „Księgi ewidencyjnej nieszczęśliwych wypadków";

i) prowadzenie ewidencji wraz z odpisami „Protokołów komisyj sanitarnych" na podległym terenie na drukach S. Nr. 39;

j) prowadzenie ewidencji materiałów oraz rejestracji inwentarza użytkowego;

k) sporządzanie zapotrzebowań do Wydziału Sanitarnego w określonych terminach;

l) prowadzenie ewidencji urlopów okolicznościowych przydzielonego do pomocy personelu (pomocników lekarza rejon., sanitariusza lub sprzątacza).

9. W Centralnych Poradniach obejmować na polecenie Kierownika doraźne bezpłatne zastępstwa tak w ambulatorium jak i w rejonie nieobecnego na służbie drugiego lekarza rejonowego lub pomocnika lekarza rejonowego — do dni trzech.

10. Odwiedzać na każde wezwanie — bez względu na ich ilość, nawet w czasie epidemii — na terenie swego rejonu, w dzień i w nocy obłożnie chorych pracowników, członków ich rodzin, emerytów i poleconych przez Rodzinę Kolejową — oraz notować to w kartotekach i „Sprawozda-

niu". — Koszty dojazdów do chorych bez względu na ilość wizyt i rozległość rejonu ma pokrywać lekarz sam z otrzymywanego szczupłego dodatku wyjazdowego. W czasie epidemii nie ma uwzględnienia jakichkolwiek zwiększeń tego dodatku.

11. Nadzór nad stanem sanitarnym obszaru, taboru kolejowego, sprzętu sanitarnego i wszystkich budynków kolejowych znajdujących się w obrębie rejonu lekarskiego, oraz nad higieną pracy, jako też odbywanie Komisyj sanitarnych wraz z przedstawicielami Oddziałów Drogowych i Ruchowych i sporządzanie z nich protokołów, wreszcie uzupełnianie skrzynek rat.-san.

12. Szkolenie personelu P. K. P. w ratownictwie sanitarnym i przeciwgazowym — oraz sporządzanie wykazów z tym związanych.

13. Branie udziału w kursach oraz ćwiczeniach rat.-san. kolejowych nieraz całodziennych i nocnych.

14. Studiowanie specjalnych instrukcyj kolejowych dotyczących rat.-san. i obrony przeciwgazowej.

15. Znajdowanie się w stałym pogotowiu o każdej porze dnia i nocy, w dnie powszednie i świąteczne dla przyjmowania w swoim mieszkaniu poza godzinami ordynacyjnymi zgłoszeń do chorych — przez ustawiczne podawanie swego miejsca pobytu, by móc być zaraz osiągalnym. W wypadku dłuższej nieobecności (np. wyjazd na popołudnie świąteczne do podmiejskiego letniska) ma lekarz rejonowy polecone wyznaczanie zastępcy przez siebie opłacanego.

Ponadto lekarz rejonowy, poza czynnościami powyżej wyszczególnionymi i ściśle związanymi z obowiązkami lekarza rejonowego, jest obowiązany do:

16. Niesienia na wezwanie Urzędu kolej. o każdej porze dnia i nocy pomocy lekarskiej w razie nagłych zachorowań lub nieszczęśliwych wypadków z ludźmi na terenie kolejowym — a nawet do dalszych wyjazdów w razie katastrof kolejowych, gdy są ofiary w ludziach.

17. Badania na wezwanie Urzędu kolej. o każdej porze dnia i nocy osób postronnych poszkodowanych na terenie kolejowym, oraz pracowników kolejowych, którzy spowodowali jakiś wypadek, albo są podejrzani przez przełożonych o nadużycie alkoholu i w tym stanie znajdują się w służbie — oraz sporządzania wówczas odpowiednich protokołów.

18. Natychmiastowego spieszenia, w obcy nawet rejon, o każdej porze dnia i nocy, na wezwanie do osób, którym przysługuje kolejowa opieka lekarska, a które potrzebują natychmiastowej pomocy lekarskiej.

Powyższe zajęcia nocne — bez względu na to, jak długo trwały — nie zwalniają lekarza od rannej pracy w poradni i na terenie swego rejonu.

19. Brania udziału w Komisjach Rejonowych sąsiednich rejonów i naznaczanych przez Wydział Sanitarny.

20. Brania udziału w Komisji Głównej na polecenie Wydz. Sanit. przez 4 — 6 godzin dziennie w dniu naznaczonym. Czynność ta nie zwalnia lekarza od zajęć w tym dniu na terenie swego rejonu.

Teraz z kolei przystąpię do omówienia najważniejszych trudności, jakie lekarz rejonowy napotyka w wypełnianiu swych obowiązków.

Praca ambulatoryjna lekarza rejonowego jest bardzo odpowiedzialna i wytężająca, wymaga więc wielkiego spokoju i napięcia uwagi, zwłaszcza, że u badanych często zachodzą wypadki symulacji. Praca ambulatoryjna lekarza nie jest pracą urzędnika przy biurku nad martwymi aktami i skoro od lekarza chce się wymagać pełnej odpowiedzialności i uniknięcia omyłek — nie może trwać ona nieprzerwanie dłużej jak 2 — 3 gdziny. Niestety we Lwowie niejednokrotnie jesteśmy zmuszeni pracować w Poradni znacznie dłużej, poza tym wymagają od nas jeszcze obejmowania zastępstw w obcym rejonie w razie nieobecności tamże lekarza.

Przeciętna dzienna frekwencja w Lwowskim rejonie wynosi około 20 — 40 pacjentów, ponadto kilka badań urzędowych nowoprzyjętych nierzadko protokół wypadkowy lub Komisja Rejonowa, oraz cały szereg już wyżej przytoczonych czynności administracyjnych. Z tego widać, że w tych warunkach żaden lekarz rejonowy nie jest w stanie podołać w 100% sumiennemu wykonaniu wszystkich swoich obowiązków. Konsekwencją tego są nieraz narzekania i skargi pacjentów lub wytykanie przez przez Władze przełożone lekarzowi szeregu niedociągnięć.

Utrudnienia w tej pracy stwarzają też i sami pacjenci przez nierównomierne napływanie do poradni — najliczniej zwykle przy końcu drugiej z wyznaczonych godzin, a niejednokrotnie i po tych godzinach, korzystając z dłuższej obecności lekarza w poradni; dalej urzędy, które przez zaniedbywanie zgłaszania lekarzowi zmian personalnych dotyczących swoich pracowników i członków ich rodzin, oraz notorycznie powtarzające się przyjmowanie pracowników do służby bez dowodu wypisania ich przez lekarza ze stanu chorych, wprowadzają nieporządki w czynnościach administracyjnych rejonu.

Nagłe narzucenie lekarzowi dużej ilości badań urzędowych na druku S. Nr. 11 i domaganie się szybkiego ich przeprowadzenia łatwo może wywołać pomyłki ze strony lekarza wskutek jego przemęczenia i z konieczności bardziej pobieżnego badania, co w swej konsekwencji musi bardzo narazić bezpieczeństwo ruchu.

Skoro jestem przy tych badaniach, wspomnę, że lekarz niejednokrotnie jest w kolizji, jak ma określić, czy badany nadaje się na stanowisko, na które kandyduje, skoro przeważnie nie jest ono wymienione przez urząd na „Karcie stanu zdrowia". Brak zwykle w ręku zgłaszającego się do badania legitymacji może być powodem szeregu nadużyć, a nawet podstawienia innych osób do badania.

Częste odrywanie lekarza od badań dla załatwiania szeregu spraw administracyjnych przez telefon z urzędami również przeszkadza mu w pracy.

Niedomaganiom tym możnaby zaradzić częściowo przez:

1) ogłoszenie tylko jednej godziny przeznaczonej na zgłaszanie się pacjentów,

2) dodanie lekarzowi rejonowemu do pomocy inteligentnego sanitariusza, któryby utrzymywał porządek w kolejności przyjmowania pacjentów, pomagał technicznie przy badaniach służbowych oraz załatwiał pisemnie i telefonicznie szereg czynności administracyjnych, przez co w znacznym stopniu odciążyłby lekarza w pracy kancelisty, a dał mu więcej czasu na poświęcenie się zajęciom ściśle lekarskim.

Powierzchnie niektórych rejonów są olbrzymie. — Kolej prócz karty wolnej jazdy i rzadko motorówki nie dostarcza lekarzowi żadnych innych środków lokomocji — on sam jest obowiązany pokrywać wszystkie koszty przejazdów do chorych z bardzo szczupłego otrzymywanego ryczałtu, który nigdy nie jest w stanie pokryć rzeczywistych kosztów, a tym bardziej w okresach epidemii. Miejsca zamieszkania obłożnie chorych są nieraz bardzo odległe, i lekarz, nie mając możności szybkiej lokomocji, traci wiele godzin czasu na drogę, co znów wywołuje niezadowolenie u pacjentów i narzekania, że lekarza kolejowego nie można zaraz dostać. We Lwowie rzadko kiedy następuje wezwanie lekarza do obłożnie chorego — jak przepis nakazuje — podczas godzin ambulatoryjnych: zawiadomienia tego rodzaju zwykle są podawane przez telefon wieczorem, kiedy trudno jest obsłużyć, gdy znajdzie się kilku takich chorych. Wspomnę tu jeszcze o wzywaniach lekarza do zupełnie błahych niedomagań, oraz z zemsty za zgodne ze stanem faktycznym załatwienie jakiejś Komisji lub badania służbowego, ale nie po myśli danego pracownika, jako też o prowokacjach, za które nie ma niestety żadnych sankcji karnych.

W ostatnich latach bardzo poderwano autoretyt lekarza rejonowego: mnożą się liczne doniesienia i skargi, które niestety były rozpatrywane tylko pod tym kątem widzenia, czy lekarz nie zawinił, nigdy natomiast nie pociągano do odpowiedzialności donoszącego za niesłuszne oskarżenia.

Urzędy Ruchu wzywają lekarza kolejowego do każdego nawet najbardziej błahego przypadku (np. lekkie zgniecenie palca), jaki zdarzy się tylko osobie postronnej na terenie kolejowym, chociażby bez winy kolei. Tego rodzaju wezwanie lekarza, nierzadko nawet w porze nocnej, nie ma na celu ani ochrony interesów kolei, ani życia i zdrowia ludzkiego, a wynika tylko z błędnego interpretowania przepisów.

Zajęcie lekarza w nocy przez kilka godzin przy chorym lub nagłym wypadku — mimo przemęczenia, nie zwalnia go od normalnych zajęć przez cały następny dzień w rejonie. Tego rodzaju świadczenia nocne po-

winny być przynajmniej osobno honorowane, podobnie jak w Ubezpieczalniach Społecznych.

Szkolenie personelu P. K. P. w ratownictwie rat.-san. i przeciwgazowym oprócz strat godzin na same wykłady i ćwiczenia wymaga ponadto jeszcze przygotowania się do tych wykładów, dodaje więc lekarzowi kilka godzin dziennie pracy.

Odbywanie Komisyj sanitarnych na terenie i w budynkach kolejowych, pochłaniające bardzo wiele godzin czasu, napotyka trudności w uzgodnieniu czasu odpowiedniego dla lekarza i przedstawicieli Oddziałów Drogowych i Ruchowych, którymi niejednokrotnie są... kanceliści. Lekarz, nie mając w ręku żadnej egzekutywy, nie ma najmniejszego wpływu na usterki sanitarne, funkcja jego ogranicza się jedynie do ich stwierdzenia, dowodem czego jest, że co pół roku wykazuje się do Wydziału Sanitarnego w sprawozdaniach na drukach S. Nr. 39 stale te same braki.

Z przedstawionego zestawienia zajęć lekarza rejonowego widocznem jest, że lekarz kolejowy świadczy dla P. K. P. co najmniej tyle, co każdy inny pracownik z akademickim wykształceniem na kierowniczym stanowisku, a stałe jego pogotowie i świadczenia o każdej porze dnia i nocy nie mają nawet odpowiednika w żadnej innej służbie kolejowej.

Trudności, jakie napotyka lekarz rejonowy przy wykonywaniu swej służby — mamy nadzieję, że przy życzliwym poparciu naszych Władz przełożonych, które były łaskawe zwrócić na nas obecnie uwagę — zostaną wkrótce dla dobra służby i ogółu pracowników P. K. P. jaknajpomyślniej rozwiązane.

Streszczenia i oceny

D. Danielopolu i *R. Brauner:* **„Leczenie niedokrwistości choliną".** (Presse Medicale № 86, 1937 r.).

Już w swych poprzednich pracach autorowie wykazali, że wątroba odgrywa bardzo ważną rolę w regulowaniu napięcia układu wegetatywnego. Narząd ten magazynuje i odkłada pewne substancje, mające znaczenie dla czynności układu wegetatywnego. Następnie wątroba w miarę potrzeby ustroju wydziela je do krwi. Do tych substancji należy przede wszystkim cholina. Autorowie wysuwają hipotezę, że bradykardia w przebiegu żółtaczki zależy właśnie od niewydolności wątroby, która wówczas wydziela do krwi za dużą ilość choliny.

W pracach swych z r. 1930 wykazali, że acekolina ma duże znaczenie w niedokrwistościach, wywołanych doświadczalnie u zwierząt, oraz w niedokrwistości złośliwej u człowieka. Przeprowadzając dalsze badania, doszli do przekonania, że acekolina jest bardzo cennym środkiem w leczeniu wszystkich form niedokrwistości. Odnowa krwi u psa wykrwionego po zastosowaniu zastrzyków acekoliny następuje o wiele szybciej, aniżeli u psa kontrolnego. Na podstawie dalszych obserwacji klinicznych autorowie doszli do następujących wniosków praktycznych:

1) Acekolina oddziaływa na narządy krwiotwórcze w ten sam sposób, jak wyciąg wątrobowy.

We wszystkich niedokrwistościach acekolina zwiększa szybko ilość czerwonych ciałek krwi i powoduje silną reakcję retikulocytarną, która stanowi widoczny objaw odnowy krwi.

Poziom hemoglobiny zwiększa się w mniejszym stopniu; objawy kliniczne poprawiają się.

2) Wprawdzie acekolina nie może w sposób korzystniejszy zastąpić wyciągu wątrobowego, niemniej jednak oddaje dużą pomoc w leczeniu niedokrwistości. W niektórych przypadkach, gdy zawiódł wyciąg wątrobowy, acekolina okazała się użyteczną. W innych zaś przypadkach acekolina, stosowana razem z wyciągiem wątrobowym lub ze śluzówki żołądka, pogłębiała działanie tych ostatnich.

3) Acekolinę w leczeniu niedokrwistości stosuje się podskórnie w dawkach 2 cgr. codziennie, dochodząc do 5 lub 8 cgr., kontynuując ją, aż do wymaganego polepszenia się zdrowia, niekiedy w ciągu kilku tygodni. W jednym tylko przypadku acekolina wywołała objawy kolki kiszkowej. Ponieważ zwiększa ona w bardzo małym stopniu poziom hemoglobiny, zachodzi potrzeba stosowania jednocześnie preparatów żelazistych.

4) Prawdopodobnie jednym ze składników wyciągu wątrobowego, oddziaływającego na narządy krwiotwórcze, jest cholina.

Dr. W. Ehrenkreutz

P. Savy, R. Froment, A. Chapuy i *M. Jeune:* **„Odmiany bólu przy wrzodach żołądka i dwunastnicy".** (Presse Medicale № 32, 1937 r.).

Charakterystycznymi cechami bólów przy wrzodach dwunastnicy i żołądka są: umiejscowienie w nadbrzuszu z promieniowaniem do grzbietu lub do klatki piersiowej, późne zjawianie się po jedzeniu, okresowe trwanie bólu około trzech tygodni, z przerwą

kilkumiesięczną. Badanie rentgenologiczne i wyniki operacyjne wykazały istnienie wrzodów żołądka i dwunastnicy przy objawach zupełnie odmiennych bólów.

I. *Siedziba bólu może być różna*, a więc: a) ból powstaje w okolicy lędźwiowo-grzbietowej lub nawet krzyżowej, jednak z różnymi cechami bólów wrzodowych, jak z okresowością i w związku z pobieraniem pokarmu. Odmiana ta jest dość trudna do rozpoznania, jako niezwracająca uwagi na sam przewód pokarmowy.

b) Bóle w podbrzuszu lub pseudokiszkowe, umiejscowione nad lewym talerzem biodrowym, bądź też podobne do bólów przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, jednak wykazujące co do trwania i zjawienia się cechy bólów wrzodowych.

c) Postacie piersiowe o charakterze bólów pseudoanginoidalnych.

II. Dalsze anomalie dotyczą pory zjawiania się bólów i ich trwania. W kilku przypadkach późny ból nie mógł być złagodzony przez spożycie pokarmu. Mogą być bóle bardzo wczesne np. po 15 min. po spożyciu pokarmu, przy czym w trzech przypadkach autorów taki ból wczesny był spowodowany wrzodem dwunastnicy, a nie wrzodem małej krzywizny żołądka. Innym razem bóle występowały tylko w pewnych porach dnia po jedzeniu np. tylko po obiedzie, a nie było ich po kolacji lub po śniadaniu.

III. Bóle o rozwoju atypowym. a) Okres bólów może być szczególnie krótki, niekiedy dwa lub trzy dni, innym razem — bardzo długi — do pięciu lub sześciu miesięcy. Wówczas zachodzi podejrzenie sprawy rakowej. W jednym przypadku — bóle trwały w ciągu dnia i nocy przez dwadzieścia pięć lat, uspokajając się tylko po jedzeniu.

b) Okres przerw między bólami, który prawidłowo trwa około kilku miesięcy może być bardzo różny, od pięciu dni do kilkunastu lat.

c) Okresy międzybólowe niekiedy nie są zupełne, i chorzy bywają niepokojeni głuchymi bólami o niedużym nasileniu, zmuszającym jednak chorego do używania alkalii.

IV. Wreszcie jest cała grupa bólów, przypominających bóle, pochodzące z cierpień woreczka żółciowego, bądź też bóle, ustępujące po zastosowaniu lawatyw z wody lub po kilkudniowym leżeniu, albo wreszcie bóle poronne, podobne do uczucia ciężaru lub chełbotania w jamie brzusznej itp. Dopiero później przyjmują one charakter bólów bardziej typowych dla wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Dr. W. Ehrenkreutz

A. Stroe i *D. Hortopan:* **„Sto dwa przypadki błonicy złośliwej i ich leczenie surowicą przeciwbłoniczą"** (Presse Médicale № 39, 1937 r.).

Częste epidemie błonicy w Europie w ostatnim dziesięcioleciu skłoniły klinicystów do bliższego zapoznania się z przyczynami, wywołującymi ciężkie postacie błonicy, a przede wszystkim do znalezienia energiczniejszych sposobów jej zwalczania. Dotychczasowa śmiertelność w niektórych większych szpitalach dochodziła do 50%. Autorzy przeważnie swoje spostrzeżenia i wnioski opierają na materiale zebranym z klinik i szpitali w Bukareszcie.

Błonica złośliwa występuje coraz częściej i coraz w cięższej formie, mimo udoskonaleń w lecznictwie.

Za błonicę złośliwą uważają Friedman i Brugsch taką anginę błoniczą, w przebiegu której stwierdza się przynajmniej dwa z poniższych objawów:

1. Ukazywanie się błon fałszywych.
2. Obrzęk gruczołów i tkanek okołogruczołowych znacznego stopnia.
3. Zaburzenia sercowo-naczyniowe.
4. Występowanie wybroczyn krwawych.
5. Zaburzenia ze strony nerek.

Oprócz wymienionych objawów, autorzy dodają od siebie następujące:

6. Porażenia wczesne podniebienia.
7. Cuchnący oddech.
8. Obecność ubytków nekrotycznych na migdałkach, podniebieniu i śluzówce jamy ustnej.

(Poza tym objawy ze strony przewodu pokarmowego, jak uporczywe wymioty, przypis. ref.). Zaburzenia ze strony nerek, spostrzegane ostatnio częściej we Francji, dochodzą do 93% o nasileniu bardzo różnym i nie mają większego znaczenia w rokowaniu.

Zjawienie się ubytków nekrotycznych na sluzówce gardzieli i jamy ustnej, spotykane bardzo często w przebiegu ciężkiej błonicy, świadczy o dołączeniu się do błonicy nekrotycznej anginy Henocha, która występuje bardzo często, jako powikłanie szkarlatyny, albo też i samoistnie.

Patogeneza błonicy złośliwej była przedmiotem licznych badań naukowych. Szczególnie rozważano trzy zagadnienia:

1. zwiększenia zjadliwości lub toksyczności pewnych szczepów pałeczek błoniczych,
2. wpływu podłoża,
3. roli zakażeń bakteriami dodatkowymi.

Ad 1. Badania H. Schmidta, Hottingera wykazują, że wyodrębnione szczepy bakteryj z ciężkich postaci błonicy nie różnią się pod względem toksycznym od szczepów, pochodzących ze zwykłych angin błoniczych. Natężenie działania toksycznego nie może być identyfikowane z jadowitością szczepu i nie zawsze te dwie właściwości występują razem. Należy tu uwzględnić także stopień powinowactwa toksyny do tkanek.

Ad 2 Wpływ podłoża na genezę złośliwej błonicy zaznacza się w różnym stopniu zależnie od odporności ustroju i tkanek, oraz od właściwości konstytucjonalnych.

Ad 3. O wiele większą rolę w złośliwej błonicy odgrywa dodatkowa infekcja, która w pewnym okresie czasu była zignorowana i dopiero ostatnio klinicyści ponownie się nią zajęli. Występują tu paciorkowce i beztlenowce takie, jakie spotyka się w zgorzeli. Badania bakteriologiczne wykazywały w wysepkach nekrotycznych i błonach dyfterytycznych bac. perfringens, oedematis i inne, których nie spotykano w lekkich przypadkach błonicy. Beztlenowce powodują obrzęk gardła, gruczołów podszczękowych i przykrą woń z ust.

Toksyczna błonica, zastrzyknięta świnkom morskim jednocześnie z toksyną flory beztlenowej, działała silniej na ustrój, niż wstrzyknięte oddzielnie i co za tym idzie, wstrzyknięcie surowicy błoniczej razem z surowicą preciwzgorzelinową ratowało niejednokrotnie życie świnek w powyższy sposób zakażonych. Zatrucie jadami pałeczek błonicy jest powodem zaburzeń sercowo-naczyniowych jako najcięższego objawu w przebiegu błonicy złośliwej. Dlatego też stosowanie niejednokrotnie bardzo wysokich dawek surowicy przeciwbłoniczej nie dawało efektu leczniczego. Autorzy niemieccy są zdania wogóle, iż dawki powyżej 30.000 jedn. surowicy są bezużyteczne.

Niewystarczalność surowicy błoniczej, stosowanej bardzo wcześnie i w dawkach dużych, skłoniła klinicystów do uzupełnienia jej specyficznego działania innymi surowicami i lekami, o działaniu symptomatologicznym. W Niemczech używano surowicę przeciwpaciorkowcową, badź też surowicę symbiotyczną przygotowaną przez zastrzykiwania koniom hodowli żywych i toksyn pałeczkowców błonicy i paciorkowców hemolizujących, żyiących z poprzednimi w symbiozie.

Autorowie, wychodząc z założenia, że beztlenowce odgrywają poważną rolę w błonicy złośliwej, zaczęli stosować surowicę przeciwzgorzelinową Weinberga obok błoniczej. Tego rodzaju postępowanie lecznicze dawało lepsze wyniki, niż zastrzykiwanie samej surowicy błoniczej, t. j. w pewnym przypadku śmiertelność wynosiła w statystyce autorów 28%, w drugim zaś 43%, jakkolwiek i ta liczba jest jeszcze duża. Przygotowywanie surowic przeciwzgorzelinowych wielowartościowych z flory bakteryjnej przy błonicy złośliwej obok bakteryj specyficznych i stosowanie jej razem z surowicą błoniczą może obniżyć i ten odsetek śmiertelności. Autorowie przeto zachęcają do poszukiwań i prób w tym kierunku.

Dr. W. Ehrenkreutz

L. Bouchut i *M. Lewrat:* **„Antypiryna w leczeniu ostrych zapaleń gośćcowych stawów". (La Presse Médicale № 84).**

Autorzy przytaczają 3 bardzo ciężkie przypadki schorzeń gośćcowych stawów z obrzękami, wysoką temperaturą, z wysiękami opłucnej i osierdzia. Podawanie salicylatu sodu nie dawało wyników, dopiero antipiryna w dużych dawkach spowodowała szybkie cofnięcie się zmian chorobowych. Polecają używać antipirynę w ilości 6 — 8 gr. na dzień w roztworze, gdy podawanie leku się przedłuża, dawkę należy zmniejszyć na 1 gr. dziennie. Jako wskazania autorzy wymieniają ostre stany gośćcowe stawów i błon surowiczych ustroju, wtedy gdy salicylat sodu jest źle znoszony lub nie daje wyników, oraz przypadki przewlekłego gośćca stawowego. Powikłania podczas leczenia antipiryną były bardzo rzadkie i sporadyczne. Autorzy nie odmawiają salicylatowi sodu pierwszeństwa przy leczeniu schorzeń gośćcowych, lecz uważają, że antipiryna jest środkiem prawie równorzędnym, a w niektórych przypadkach i przewyższającym salicylat sodu.

Dr. R. Sztaba

R. Fontaine: **„Arteriografia kończyn".** Journal International de Chirurgie № 6, Tom II.

Arteriografia jest to uwidacznianie na kliszy tętnic żywego organizmu przez wstrzykiwanie do nich ciał nieprzepuszczających promieni Roentgenowskich. Rozpoczęły ją badania i prace Sicard'a i Forestier'a w 1923 roku, a udoskonaliły prace Dossanta i innych.

Technika arteriografii polega na umiejętności wstrzykiwania do tętnicy płynu kontrastowego. Używamy do tego igły 6/10 mm. i wstrzykujemy przez 7 — 10 sekund pod ciśnieniem 1½ — 2 kg. Wstrzyknięcie może być wykonane do obnażonej tętnicy lub też poprzez skórę. Z igły prawidłowo wbitej krew powinna tryskać na 10 — 20 cm. nazewnątrz. Nie powinno się wstrzykiwać kontrastu, gdy nie mamy charakterystycznego dla tętnic wypływu krwi z igły. Czas, w jakim należy robić zdjęcie, można z góry określić na 6 — 7 sek. po wstrzyknięciu; lub lepiej, jak autor to robi, wstrzyknąć: np. dla kończyny dolnej 35 cm^3 kontrastu w ciągu 6 — 8 sekund i zaraz robić zdjęcie. Do tętnicy ramieniowej wstrzykują 25 — 30 cm^3. Z pośród wielu ciał nieprzepuszczalnych dla promieni Roentgena (lipiodol, bromek sodu, uroselektan, abrodil, tenebril) autor uważa za najlepszy torotrast.

Nie drażni on wewnętrznej błony tętnic, nie daje bólu kończyn, a tym samym nie wymaga znieczulenia podczas zabiegu, a wstrzyknięcie obok tętnicy nie daje groźnych następstw. Przeciwnicy podnoszą dużą niedogodność torotrastu, że nie może on być wydalony z organizmu, podobno ma działać ujemnie na komórki wątrobowe, na czynność krwiotwórczą szpiku kostnego, ma usposabiać organizm do powstawania mięsaków. Autor na 307 przypadków własnych nie miał podobnych powikłań. Rola arteriografii polega na dokładnym określeniu umiejscowienia zmian chorobowych tętnic (tętno i oscylometr tego nie dają), poza tym arteriografia daje nam obraz stanu naczyń głównych i krążenia obocznego.

Wyniki arteriografii. W chorobie Raynaud'a stosowano arteriografię w 3 przypadkach. W dwóch z nich otrzymano nagły skurcz naczyń, który ustąpił dopiero po kilku godzinach. Arteriogramy w przypadkach choroby Raynaud'a wykazały zupełny brak zmian zarostowych tętnic, a tym samym potwierdziły teorię, że choroba R. jest syndromem czysto naczynioruchowym. W schorzeniach organicznych tętnic stosowano arteriografię w przypadkach urazów naczyń, dokładnie oznaczono miejsce przerwania tętnicy i stan krążenia obocznego. W chorobie Volkmann'a arteriografia wskazuje miejsce ucisku tętnicy. W tętniakach zwykłych i żylnych mamy określony ich kształt i umiejscowienie. W odmrożeniach kończyn ze zgorzelą arteriografia wykazała zupełny brak zmian w tętnicach głównych i obocznych, tym samym udowodniła, że zgorzel jest pochodzenia tkan-

kowego, a nie naczyniowego. W zatorach mamy dokładnie określone miejsce zatrzymania się zakrzepu i jego wielkość.

U 29 chorych na chorobę Bürgera stosowano badania arteriografią. Ciekawą jest rzeczą, że przy jednostronnych zmianach anatomicznych zdjęcia wykazały znaczne zmiany zarostowe tętnic obustronnie. Tych chorych można było podzielić na 3 grupy: 1) zmiany czysto zarostowe tętnic, 2) zmiany arteriosklerotyczne, 3) zmiany mieszane (1 + 2). W kiłowym zapaleniu tętnic arteriografią znaleziono zmiany podobne do zakrzepowego zapalenia tętnic. Arteriogram w miażdżycy tętnic: a) w początkowych stadiach wykazuje powiększenie głównego pnia, jest on zgrubiały i za zatokami, w b) w zaawansowanych przypadkach mamy już zarastanie głównego pnia oraz duże zmiany w naczyniach obocznych. W zapaleniach tętnic na tle cukrzycy: a) w przypadkach ropienia tętnice są zgrubiałe, zatokowate o świetle nieregularnym, odpowiada to początkom miażdżycy starczej; b) w przypadkach zgorzeli zarastanie naczyń jest regułą.

Na zakończenie artykułu mamy rozważania nad krążeniem obocznym po zaczopowaniu głównego pnia. Wówczas naczynia oboczne rozszerzają się, przeprowadzając więcej krwi, o ile stan otaczających tkanek na to pozwoli. Tworzy się siatka naczyń tętniczych; z niej wychodzące niektóre większe gałęzie doprowadzają krew do pozostałego obwodowego odcinka zaczopowanej tętnicy. W ten sposób doprowadzona zostaje krew głównego pnia.

Dr. R. Sztaba

Jeutzer (Genewa): **„Choroba Simmonds'a wyleczona przez przeszczepienie przysadki barana"**. (Journal International de Chirurgie, Tom II, № 4)

U 15 letniej dziewczynki zdrowych rodziców rozpoznano chorobę Simmonds'a, opierając się na następujących objawach:

Od roku chudnie, nie ma zupełnie apetytu, brak podściółki tłuszczowej, waga 29 kg. 200 gr. Temperatura obniżona 35^0,2 — 35^00, tętno wolne 54 do 62. Ciśnienie krwi $^{80}/_{50}$. Reakcja tuberkulinowa i luetyczna we krwi ujemne,mocznika 0,60‰, cukru 1,14‰. Morfologicznie limfocytoza (37%) i anemia (3,5 miliona krwinek czerwonych). Podstawowa przemiana materii: 24,7%. Zatrzymanie periodu, apatia i depresja z zamiarami samobójczymi.

Leczono początkowo preparatami gruczołowymi: cortigen, ovoglandol. Wobec braku wyraźnej poprawy przeszczepiono przysadkę barana do mięśnia prostego brzucha. W 8 dni później podstawowa przemiana materii wzrosła do 32%, w ciągu 9 miesięcy przybyło chorej 13 kg. 200 gr.; temperatura około 37^0 C. Ciśnienie $^{100}/_{55}$. Tętno 70, cukier we krwi 0,99‰. Apetyt dobry, usposobienie żywe, chęć do pracy. Pozostała tylko lekka niedokrwistość (3750000) i zatrzymanie periodu.

Autor przypuszcza, że rola przeszczepionej przysadki barana polega nie na bezpośrednim wydzielaniu, lecz na pobudzeniu do działania przysadki schorzałej.

Dr. R. Sztaba

F. Neuman i *P. Houssa* (Bruksela): **„Przedziurawione wrzody żołądka i dwunastnicy"**. (Journal International de Chirurgie, Tom II, № 4).

O przedziurawionym wrzodzie żołądka mówimy wtedy, gdy jest on przedziurawiony do wolnej jamy otrzewnowej. Jako przyczyny autorzy podają: wysiłki, urazy, obfite pożywienie, płukania żołądka i badania rentgenowskie: często przyczyny uchwycić nie można. Przedziurawienie zdarza się najczęściej u mężczyzn, autorzy na 78 przypadków własnych mieli 77 mężczyzn i jedną kobietę. Wiek chorych waha się od 16 lat do 63, najwięcej przypadków między 30 — 40 lat. Ulubionym miejscem przedziurawenia jest odźwiernik — 40 przypadków, następnie dwunastnica 17, mała krzywizna 14, i 5— przednia ściana żołądka. U 60% chorych były wywiady choroby wrzodowej żołądka.

Przedziurawienie występuje zupełnie nagle, wśród silnego bólu nadbrzusza, obrony mięśniowej i zniknięcia stłumienia wątrobowego. Do tych podstawowych objawów dołączyć należy: wymioty, wzdęcie brzucha i leukocytozę do 30 tys.

Leczenie tylko operacyjne. Wchodzą tu w grę: 1) zaszycie, 2) zaszycie wraz zespoleniem żołądkowo-jelitowym, 3) wycięcie żołądka. Autorzy w 72 przypadkach (na 78) dokonali zaszycia otworu z przyszyciem sieci większej, w 5 przypadkach — zaszycie z zespoleniem, i 1 raz wycięcie. Zespolenie zakładano na skutek zwężenia odźwiernika utrudniającego przechodzenie pokarmów, odrzucają autorzy zdecydowanie wycięcie, uważając, że postępowanie w przypadkach przedziurawienia powinno być proste, szybkie i mało wyczerpujące chorego. Powikłania pooperacyjne (27%) obejmowały płuca, opłucną i otrzewną. Były to odoskrzelowe zapalenia płuc, zawał i ropień płuc, zapalenie opłucnej, ropnie podprzeponowe i zapalenie otrzewnej. Zupełnie wyleczonych było 12%; w 12% objawy wrzodowe utrzymywały się i zmusiły do ponownego wkroczenia chirurgicznego; 12% wymagało dalszego leczenia.

Dr. R. Sztaba

„Nowoczesne zagadnienia w budowie wagonów lodowni". („Inżynier Kolejowy").

Autor przytacza rozważania nad budową wagonu-lodowni, podane przez radcę kolei niemieckich. Najpraktyczniejsze okazały się wagony-lodownie o powierzchni ładownej 23 m^3, o ciężarze ładunkowym 15 tonn. Wagony powinny być dwuosiowe, resory jak w wagonach osobowych, długie, piórowe. Jako środki izolacyjne stosowano dotychczas suchy torf — 210 kg/m^3, płyty korkowe waga 180 kg/m^3 i korek drobno mielony — 60 kg/m^3. Najlżejszą jest izolacja „Alfol", składająca się z wielu cienkich aluminiowych arkuszy. Dachy i ściany izolują Alfolem, podłogę płytami korkowymi. Przenikanie ciepła zależy od szczelności ścian podłogi i drzwi. Drzwi dwuskrzydłowe coraz częściej są wypierane przez drzwi suwane uszczelnione gumą. Aby ochronić izolację od wilgoci, obijają ściany i podłogę blachą, a do odprowadzenia wody stosują rury ściekowe, zbudowane w ten sposób, że powietrze nie może przez nie przeniknąć do wagonu. Lód umieszczają w dwu skrzyniach przy ścianach szczytowych wagonu na pełną wysokość ścian. Każda skrzynia zawiera około 2.500 kg lodu. Lód najchętniej używają zwykły, nie suchy. Od wewnątrz wagony są zaopatrzone w wentylatory do sztucznego obiegu powietrza.

Dr. R. Sztaba

„Wentylacja samoczynna wagonów osobowych w Stanach Zjednoczonych" („Inżynier Kolejowy").

Przy budowie wagonów osobowych stosują najczęściej wentylację samoczynną następujących typów: system wyparowywania i kompresji, system lodowy oraz system eżektorów parowych. Wszystkie trzy systemy działają zadowalająco. Dwie trudności przedstawiało usuwanie z wagonów wszelkich wyziewów: dym tytoniowy, kurz i wilgoć wytwarzały w zwojach chłodzących kwaśne wyziewy. Filtry trzeba było często czyścić. Publiczność jest na ogół z wentylacji samoczynnej zadowolona.

Dr. R. Sztaba.

„Wymiana powietrza w wagonach osobowych i system „P—O—Midi". („Inżynier Kolejowy" № 10, 1937 r.).

System opracowany przez koleje francuskie P-O-Midi polega na urządzeniu bezszumnego wentylatora umieszczonego pod wagonem, który zasysa z zewnątrz świeże powietrze. Po ogrzaniu w urządzeniu ogrzewającym zostaje ono przetłoczone do przewodu rozdzielczego. Przechodzi ten przewód przez podłogę do środkowego przedzia-

łu, i tu rozdziela się na dwa rozgałęzienia, idące ku końcom wagonu. W przedziale pod ławkami znajdują się duże dysze doprowadzające ciepłe powietrze. Korytarz ogrzewany jest dodatkowymi dyszami umocowanymi w ścianie między korytarzem a przedziałami. Uchodzi powietrze przez wentylator stały umieszczony w suficie, z korytarzy przez drzwi wejściowe. Szybkość powietrza jest bardzo mała. Do wentylacji i ochładzania powietrza w jednym końcu wagonu umieszczono zbiornik z lodem. Bezszumny wentylator zasysa świeże powietrze z zewnątrz i przez filtr i zbiornik przetłacza je do przewodu umieszczonego ponad sufitem korytarza. Z przewodu przez dyszę dostaje się świeże powietrze do przedziału. System ten rozwiązuje zupełnie kwestię dobrego ogrzewania.

Dr. R. Sztaba

Fr. Łukaszczyk: **„Rak sutka"**. (Medycyna № 21, 1937 r.).

Autor omawia szczegółowo sprawę leczenia raka sutka na podstawie materiału Instytutu Radowego z lat 1932 — 1936. W Instytucie były leczone 232 przypadki nawrotów pooperacyjnych oraz 83 przypadki operacyjne i naświetlaniem. Te 83 przypadki rozpatruje autor według podziału Steinthala, który określa jako stopień I, gdy guz jest ograniczony do gruczołu piersiowego, ruchomy, niezrośnięty ze skórą i podłożem, nie stwierdza się przerzutów w gruczołach pachowych lub nadobojczykowych. Stopień II: guz zajmuje znaczną część gruczołu piersiowego jest zrośnięty ze skórą, gruczoły pachowe są zajęte, dół nadobojczykowy wolny. Stopień III: guz zajmuje prawie cały gruczoł piersiowy, jest zrośnięty ze skórą i podłożem, gruczoły pachowe i nadobojczykowe są zajęte. Z ogólnej liczby 83 przypadków odlicza autor 25 guzów dobrotliwych, których rodzaj dokładnie określono po zbadaniu histologicznym, klinicznie wydawały się bowiem złośliwymi. Leczenie było stosowane operacyjne oraz operacyjne z naświetlaniami. Obserwując raki grupy pierwszej, leczone tylko operacyjnie, oraz leczone operacyjnie i naświetlaniem, zauważamy, że wyniki po operacji i naświetlaniu są nieco lepsze aniżeli tylko po operacji. Grupa druga obejmuje 7 chorych leczonych tylko operacyjnie; 2 z nich nie mają przerzutów ani wznowy; 9 chorych było operowanych i naświetlanych, w 7 przypadkach z wynikiem dobrym. Grupa 3-cia — 13 przypadków tylko operowanych, wszystkie źle się skończyły; w 18 przypadkach operowanych i naświetlanych tylko 1 chora pozostaje bez nawrotów lub przerzutów.

Z zestawień tych widzimy, że naświetlania odgrywają dużą rolę w grupach I-ej i II-ej, w grupie III-ej leczenie operacyjne oraz naświetlania wyników dodatnich nie dają.

Dalej przytacza autor przypadki własne i innych, że po zabiegu operacyjnym gwałtownie wystąpiły przerzuty i nawroty. Doświadczenia na zwierzętach potwierdziły tę obserwację. Z drugiej strony autor miał wypadki cofnięcia się owrzodzenia i guza tylko po naświetlaniach rentgenowskich. Opierając się więc na statystyce i powyższych obserwacjach, dochodzi do wniosku, że chirurgicznie leczyć należy przypadki raka sutka wczesne i średnie (I i II grupa). Po zabiegu operacyjnym należy z reguły stosować naświetlanie. Przypadki daleko posunięte z zajęciem skóry, guzy nieruchome i owrzodziałe z dużymi przerzutami pod pachą lub nad obojczykiem nie powinny być operowane, a leczone tylko promieniami Roentgena.

Leczenie autor stosuje następujące: rozpoczyna w 3 — 4 tygodnie po zabiegu. Całe pole operacyjne dzieli na dwie części: 1) okolica sutka z pachą, 2) okolica nad i podobojczykowa. Na każde pole do 20 seansów po 150 — 200 r, 180 — 200 KV, 3 — 4 M. A. Filtr 1,5 Cu + 3 Al po 20 — 30 minut; łączna dawka 3000 — 4000 r na każde pole. Radioepidermitis jest regułą dobrego naświetlania.

Dr. R. Sztaba

Dr. K. Orzechowski: **„Aktualne zagadnienia w szpitalnictwie m. st. Warszawy, rok 1937"**. (Wydawnictwo Wydz. Szpit. Zarządu Miejskiego m. st. Warszawy—Warszawa, 1937 rok).

W omawianej pracy autor porusza całokształt zagadnieniu szpitalnictwa m. stoł. Warszawy

Wspomniawszy pokrótce o podstawach prawnych, na jakich opiera się obecnie szpitalnictwo i wynikających stąd konsekwencjach, autor rozpatruje poszczególne zagadnienia. Rozważając wielkość szpitali, wypowiada się za tworzeniem dużych nowoczesnych jednostek szpitalnych ze względu na ułatwienia administracji i nadzoru. (Z obowiązku sprawozdawcy muszę tu zaznaczyć, że jest to kwestia sporna. Wielu administratorów-lekarzy uważa za najbardziej celowe tworzenie szpitali o ± 300 łóżkach, jako najbardziej odpowiadających oszczędnej administracji i możliwości dokładnego nadzoru). Jak widać z pracy autora, wydział szpitalnictwa dąży do powiększenia wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego w szpitalach miejskich zgodnie z nowoczesnymi poglądami na sprawę pielęgniarstwa. Rozważając sprawę ilości łóżek szpitalnych w Warszawie (5823 łóżek w szpitalach miejskich razem z Otwockiem i Mienią), oraz w całej Polsce (20 łóżek szp. na 10000 mieszkańców, wobec 106 w Szwajcarii, 87,3 — w Niemczech 35,7 — w Czechosłowacji), autor uważa sprawę rozbudowy szpitalnictwa za zagadnienie palące, które winno być rozwiązane nie tylko przez Zarząd miejski, ale i przez Ubezpieczalnię (częściowo i przez P. K. P. — przyp. spr.).

Autor wysuwa słuszną, przeważnie niezrozumiałą dla laików zasadę „drogi szpital, a tania kuracja", przez co rozumie postawienie lecznictwa na takim poziomie, aby czas, potrzebny do wyleczenia chorego, skrócić do minimum — (możliwe jest to oczywiście tylko wtedy, gdy szpital posiada dostateczną ilość personelu lekarskiego oraz wykwalifikowanego pielęgniarskiego, wszelkie pracownie badawcze i lecznicze oraz zupełną swobodę w wyborze leków — przyp. spr.). W szpitalach miejskich przeprowadzono oszczędności w takim stopniu, że dalej już iść w tym kierunku nie można.

Z załączonych do pracy tablic statystycznych podaję niektóre cyfry za rok 1936/37, (w nawiasach podaję odpowiednie cyfry, dotyczące szpitala kolejowego w Warszawie). A więc stosunek ilości personelu do łóżek szpitalnych 1 : 2 (1 : 2,32), koszt dnia szpitalnego — 6 zł. 72 gr. (5 zł. 80 gr.), koszt wyżywienia chorego—1 zł. 17 gr. (koszt wyżywienia chorego i *personelu* 1 zł. 11 gr.), koszty personalne 3,97 (pobory + żywienie 3,13), leczenie 0,32 (0,70). Co się tyczy obliczeń autora, dotyczących zużycia bielizny w ilości 20% rocznie, to wydaje mi się, że obliczenia te są zbyt optymistyczne, o ile chodzi o bieliznę lnianą.

Omawiając zamierzenia na przyszłość, autor przedstawia plany rozbudowy istniejących szpitali i budowy nowych dużych jednostek szpitalnych przez miasto i Ubezpieczalnię Społeczną.

Praca jest jasna i zwięźle napisana, zawiera szereg tablic statystycznych i rysunków i stanowi cenne źródło informacyjne dla interesujących się szpitalnictwem m. stoł. Warszawy.

Dr. Okoński

Dr. Eugeniusz Iszora: **„Odżywianie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym"**. (Wilno, 1937 r. — 236 str. i VIII).

Praca składa się z dwu części: ogólnej i szczegółowej. W części ogólnej autor podaje wiadomości, dotyczące przemiany materii i energii, zapotrzebowania energetycznego dziecka, omawia składniki pożywienia tak budulcowe jak i energetyczne, dużo uwagi poświęca witaminom, strawności pokarmów i technice karmienia. W części szczegółowej omawia poszczególne produkty spożywcze. Dużo miejsca poświęca autor na

omówienie przyrządzania potraw dla dzieci. Dzieło jest owocem żmudnej pracy. Czytelnik znajdzie tam podstawy naukowe, jak również praktyczne wskazówki, dotyczące tak ważnej dziedziny w życiu dziecka, jak odżywianie. Strona praktyczna zagadnienia stanowi niewątpliwie główny cel autora. Olbrzymi materiał cyfrowy umożliwia znalezienie odpowiedzi na większość pytań, interesujących czytelnika.

Praca napisana popularnie, językiem i stylem zrozumiałym dla przeciętnego inteligenta, nic nie tracąc przez to ze swej wartości. Jest cennym źródłem wiadomości w dziedzinie odżywiania dziecka tak dla rodziców i wychowawców jak i dla lekarza-praktyka.

Dr. Okoński

O stosowaniu trzustki w lecznictwie

Trzustka jest narządem odgrywającym ważną rolę nie tylko w zakresie wydzielania wewnętrznego (insulina), ale również w całym szeregu procesów zależnych od jej wydzielania zewnętrznego. Jak wiadomo, czynność zewnątrzwydzielnicza trzustki jest bardzo wielostronna i obejmuje przede wszystkim wytwarzanie i przekazywanie do światła dwunastnicy trzech głównych fermentów: proteolitycznego, lipolitycznego i amylolitycznego.

Zaczynem proteolitycznym jest trypsyna, która w dalszym ciągu dokonywa w dwunastnicy pracę trawienia białek, rozpoczętą w żołądku przez pepsynę. Wg **Waldschmidt-Leitza** trzustka wydziela właściwie dwa zaczyny — proteinazę i polipeptydazę, odpowiadające niezaktywowanej trypsynie; oba te zaczyny muszą ulec aktywowaniu przez enterokinazę w jelitach, przechodząc w czynną trypsynokinazę, przy czym każdy z nich działa odmiennie na różne gatunki białka.

Drugim zaczynem trzustkowym, odgrywającym niezmiernie doniosłą rolę w procesach trawienia, jest lipaza — zaczyn trawiący tłuszcze; jest to jedyny w ustroju ludzkim zaczyn lipolityczny (co do istnienia lipazy w żołądku zdania są podzielone, w każdym razie znaczenie jej jest minimalne). Dla działania lipazy niezbędne są odpowiednie warunki sprzyjające w dwunastnicy i prowadzące do wstępnego emulgowania tłuszczów.

Amylaza jest trzecim z kolei zaczynem, którego zadanie polega na rozszczepianiu węglowodanów złożonych (wielosacharydów) do dwucukrów. W ten sposób skrobia, zawarta w pokarmach, zostaje po raz drugi zaatakowana (pierwszy raz w jamie ustnej przez amylazę ślinową — ptyalinę), na skutek czego otrzymuje się dalszy produkt rozpadu — dwucukier (maltoza).

Wymieniliśmy tutaj jedynie główne czynności trzustki, pomijając mniej dla praktyki ważne, jak np. działanie na nukleoproteidy, rola w regulowaniu odczynu dwunastnicy i t. d.

Jest rzeczą jasną, że niedostateczne lub wadliwe wydzielanie zewnętrzne trzustki prowadzi do zaburzeń o różnorakim charakterze. Tak np. brak lipazy uniemożliwia prawidłowe trawienie tłuszczów, ujawniając się klinicznie m. in. w postaci t. zw. stolców tłuszczowych; w tych razach utrata tłuszczów w stolcu może sięgać niekiedy 70%. Nieprawidłowe trawienie białek może spowodować utratę azotu z kałem do 60% (achylia pancreatica). W słabiej wyrażonych zaburzeniach trzustkowych straty te są mniejsze, jednak dość znaczne, by wyrządzić ustrojowi poważne szkody.

W leczeniu chorób przewodu pokarmowego na trzustkę zwraca się zbyt mało uwagi; fakt ten jest tym dziwniejszy, że trzustka stanowi przecież narząd, który gra dominującą rolę w procesach trawienia. Przypisać to należy w dużej mierze brakowi zrozumienia roli trzustki w ogólnym chemizmie ustroju.

Cały szereg wychudnięć, zaburzeń w trawieniu, dyspepsyj i biegunek, które tak chętnie nazywa się „żołądkowymi", a które z żołądkiem nic wspólnego nie mają, za przyczynę mają właśnie zaburzenia w wydzielaniu trzustki. Podawanie preparatów trzustki daje w tych razach znakomite wprost efekty lecznicze.

W leczeniu biegunek i zaburzeń w przewodzie pokarmowym, które pozornie nic wspólnego z trzustką nie mają, należy zawsze na ten narząd zwracać uwagę. Stanie się to zrozumiałym, jeśli uwzględnimy, że przy niedostatecznym trawieniu trzustkowym pokarmy ulegają fermentacji i gniciu w dalszych odcinkach jelit i tym samym rozwijają się objawy nieżytu jelit cienkich, a zwłaszcza grubych.

Oddziaływanie to przenosi się na narządy czasami bardzo odległe i niestojące w żadnym związku z narządem trawienia. Wspomnimy tylko o uniesieniu przepony i dolegliwościach typu anginoidalnego u osób starszych, o duszności i uczuciu ciężaru u chorych z zaburzeniami krążenia, o bólach głowy, osłabieniu, zwłaszcza u młodych dziewcząt z zaparciem. W tych wszystkich sprawach chorobowych należy zawsze myśleć o ewentualności zaburzeń w trawieniu trzustkowym i odpowiednio je leczyć przez podawanie preparatow, zawierających enzymy. Również i biegunki u gruźlików, jak wykazały liczne spostrzeżenia kliniczne, bardzo często dają się usunąć przez stosowanie trzustki.

Należy na tym miejscu również podkreślić, że niedomoga zewnątrzwydzielnicza trzustki może wysoce wpływać na nasilenie objawów cukrzycowych przez utrudnianie odpowiedniego odżywiania chorych.

Pancreas Klawe jest preparatem trzustkowym, zawierającym trzy główne zaczyny narządu, a mianowicie proteolityczny, lipolityczny i amylolityczny. Mianowanie biologiczne tych zaczynów odbywa się wg metody Willstättera, przy czym każda seria preparatu jest kontrolowana z urzędu przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, który gotowe opakowania zaopatruje w banderolę państwową. Tabletki Pancreas Klawe są powleczone specjalną warstwą chroniącą je od działania soku żołądkowego i rozpuszczającą się dopiero w dwunastnicy.

Dawkowanie. Po każdym posiłku 1 — 3 tabletek (połknąć, nie przeżuwając). W receptach złożonych poleca się przepisywać Pancreas Klawe pulv. w dawce 0,25 — 0,5 — 0,75 pro dosi.

Kronika

Posiedzenia Wydziału Wykonawczego S. L. K. d. 7.X i 3.XI 1937 r.

Na powyższych posiedzeniach między innymi zapadły następujące uchwały:

1. Kontynuować starania na terenie M.K. w sprawie przyznania dodatków za wyższe studia. Delegacja w osobach Prezesa D=ra Okolskiego i w. prezesa D=ra Gronowskiego złożyła memoriał, niżej podany.

2. Memoriał Okręgu Katowickiego rozesłać poszczególnym Okręgom celem przedyskutowania na ogólnych zebraniach zawartych w memoriale tez i wypowiedzenia opinii. W powyższych zebraniach wezmą udział delegaci Wydziału Wykonawczego, którym również poruczono ponownie pobudzić członków danego Okręgu do bardziej wydatnego zasilania pracami łamów „Lekarza Kolejowego".

3. Przystąpić do prac przygotowawczych, mających na celu zorganizowanie w Warszawie ogólnego Zjazdu Lekarzy Kolejowych.

4. W związku z komunikatem Okręgu Katowickiego, umieszczonym w „Nowinach Społeczno-Lekarskich", powzięto uchwałę, którą postanowiono zakomunikować temu Okręgowi.

5. Przelać na FON papiery wartościowe, nadesłane na ten cel przez Okręgi.

6. Przypomnieć Okręgom o regularnym wpłacaniu do Zarządu Gł. należnych składek.

7. Ponownie poczynić na terenie M. K. odpowiednie kroki w sprawie Dr. T.

8. Prezes Dr. Okolski poinformował o pracach Komitetu do spraw stypendium im. Marszałka Piłsudskiego dla dzieci kolejarzy.

9. Postanowiono zaangażować płatnego urzędnika dla prowadzenia prac kancelaryjnych i buchalteryjnych.

10. Powołano Komisję w osobach D=ra Gronowskiego i D=ra Makowskiego dla opracowania regulaminu Kasy Pożyczkowej.

11. Zdecydowano rozsyłać do Okręgów co kwartał komunikaty, mające na celu informowanie o bieżących pracach Zarządu Gł. Jednocześnie Okręgi również co kwartał winny nadsyłać sprawozdania ze swojej działalności.

12. Delegaci Wydziału Wykonawczego wzięli udział w konferencji w M. K. w sprawie egzaminu referendarskiego na etatowe stanowiska lekarzy kolejowych.

Z życia Okręgu Lwowskiego

Dnia 26 listopada 1937 r. odbyła się we Lwowie odprawa wszystkich lekarzy rejonowych i specjalistów z całego terenu Dyrekcji kolejowej. Odprawie przewodniczył Dyrektor Kol. Państw. Grosser, a obecni na niej byli: przybyły z Warszawy Dyr. Biura Sanitarno=Kolejowego Minist. Komunik. Dr. Borzęcki, oraz wszyscy Naczelnicy Wydziałów i Biura Personalnego D. O. K. P. Odprawa odbyła się w pięknej sali Izby Handl.=Przemysłowej z następującym porządkiem dziennym:

I. Przed przerwą.

1) Przemówienie wstępne Dyrektora Kolei.

2) „Rola lekarza w administracji Przedsiębiorstwa P. K. P.", refer. Mgr. praw Jerzy Klus, kier. Działu zaopatrzeń.

3) „Stan sanitarny i higiena terenu oraz lokali służbowych D. O. K. P. Lwów", refer. Inż. Biliński, st. kontr. drog.

4) „Zadania lekarzy kolejowych w dziedzinie szkolenia przeciwlotniczo-gazowego i w organizacji rejonów przeciwlotniczych", ref. Nedbal, zast. naczeln. Biura Wojskowego.

5) „Racjonalne zapisywanie leków", ref. Mgr. farm. Bocz.

II. Po przerwie.

6) „Zakres działania kolejowego lekarza specjalisty", refer. Dr. Franciszek Naróg, lekarz specjal. chorób ocznych.

7) „Praca lekarza rejonowego na P. K. P.", ref. Dr. Karol Kuhl, lek. rejon.

8) „Warunki materialne lekarzy kolejowych", ref. Dr. Juliusz Fleischman, lekarz rejonowy.

9) Dyskusja.

10) Przemówienie końcowe Dyrektora Biura Sanitarno-Kolejowego Minist. Komunik. i Dyrektora Kolei.

Na część I-szą odprawy złożyły się referaty przedstawicieli Dyrekcji kolejowej, w których zwrócono uwagę, jak wielki wpływ ma czynnik lekarski na kształtowanie się wydatków i gospodarki P. K. P., oraz jakie odpowiedzialne zadania ciążą na lekarzu kolejowym. Obszerny i rzeczowo opracowany referat p. Mgra Klusa był szczególnie przedmiotem ożywionej dyskusji i replikowania ze strony lekarzy.

W czasie przerwy bufet był prowadzony przez Rodzinę Kolejową.

W II-ej części odprawy z wielkim zainteresowaniem zostały wysłuchane referaty lekarzy specjalistów i rejonowych (w orygin. zamieszczone w Lekarzu Kolejowym). Podczas referatu kol. D-ra Kuhla Władzom kolej. zostały przedstawione wzory wszystkich druków służbowych używanych przez lekarzy.

W dyskusji nad referatami zabierali głos koledzy: Dr. Dorosz z Przemyśla w dłuższym, pięknie ujętym przemówieniu, oraz Dr. Kuhl ze Lwowa, Dr. Armeński z Jarosławia, Dr. Naróg ze Lwowa, Dr. Onyszkiewicz ze Lwowa, wykazując, że we wszystkich niedociągnięciach wina nie leży po stronie lekarzy kolejowych.

Obrady odprawy trwały do godz 15-ej, stojąc na bardzo wysokim poziomie. Było to pierwsze dopiero w dziejach Kolejnictwa Polskiego bezpośrednie zetknięcie się wszystkich lekarzy kolejowych Okręgu Dyrekcji Lwowskiej z Władzami admistracyjnymi, odprawa spotkała się z wielkim uznaniem ze strony lekarzy, oraz wdzięcznością dla jej inicjatorów. Po raz pierwszy od długiego szeregu lat pozwolono nam przedstawić naszą pracę i warunki, w jakich ją spełniamy; po raz pierwszy zainteresowały się nią Władze administracyjne kolejowe.

Uczucia radości i wdzięczności znalazły swój wyraz w przemówieniach Prezesów Okręgu lwowskiego D-ra Skoczka i Okręgu stanisławowskiego D-ra Niemczewskiego, skierowanych do naszych Władz Przełożonych podczas wspólnego obiadu w sali Kasyna literacko-artystycznego.

Od godz. 17-ej do 20-ej pod przewodnictwem Naczelnika Wydziału Sanitarnego D-ra Gliwińskiego przy obecności Dyr. Biura Sanitarno-Kolejowego Minist. Komunik. D-ra Borzęckiego odbywały się wyjaśnienia i pouczenia dotyczące szeregu przepisów sanitarnych.

Dr. Skoczek
v. prezes

Dr. Smulikowski
sekretarz

Do

Pana Ministra Komunikacji

Memoriał

Zarząd Główny Stowarzyszenia Lekarzy Kolejowych w zrozumieniu potrzeb kolejnictwa, jak również wobec stale pogarszającego się bytu materialnego lekarzy kolejowych poczuwa się do obowiązku złożenia Panu Ministrowi następującego oświadczenia:

Lekarze kolejowi są poważnie zaniepokojeni stale wzrastającą pauperyzacją stanu lekarskiego. Nie wnikając w przyczyny zubożenia lekarzy i zanikania innych źródeł zarobkowania, zmuszeni jesteśmy podkreślić, co niejednokrotnie czyniliśmy, że wynagrodzenie lekarzy kolejowych jest zbyt nizkie i nie odpowiada ani ich wykształceniu i przygotowaniu fachowemu, ani wykonywanej przez nich odpowiedzialnej pracy. Pomijając koszty wykonywania zawodu lekarskiego, a więc amortyzację kosztów studiów i praktyki szpitalnej, koszty stałego dokształcania, odpowiedniej stopy życiowej itp., zmuszeni jesteśmy zwrócić uwagę na korzyści wynikające z dodatniej roli lekarza w gospodarce kolejowej, a więc:

1) nie podlegająca wątpliwości ważna rola lekarza w orzecznictwie przydatności do pracy na P. K. P. pracowników, a zwłaszcza tych, których czynności służbowe związane są z bezpieczeństwem ruchu pociągów i gdzie najmniejsze przeoczenie w doborze fizycznym może spowodować katastrofalne skutki i narazić przedsiębiorstwo P.K.P. na znaczne straty,

2) odpowiedzialna rola lekarza przy orzekaniu niezdolności do pracy oraz stałej procentowej utraty zdolności do zarobkowania,

3) opieka lekarska nad zdrowiem pracowników i członków ich rodzin,

4) ciągła gotowość do udzielania pomocy w wypadkach nagłych pracownikom P. K. P. i podróżnym,

5) czynności z zakresu higieny pracy, odgrywającej tak wielką rolę w gospodarce oszczędnościowej kolei,

6) nadzór sanitarny,

7) praca z zakresu obrony przeciwlotniczej,

8) zajęcia administracyjne,

9) praca na terenie organizacji społecznych (Rodzina Kolejowa, K. P. W. i inne).

Te różnorodne czynności, wykonywane przez lekarzy kolejowych, odbywają się częstokroć w warunkach bardzo ciężkich, wymagających znacznego wysiłku umysłowego i fizycznego. Intensywna i odpowiedzialna praca podczas przyjęć ambulatoryjnych, wizyty do obłożnie chorych, a zwłaszcza zakaźnych z narażeniem swego życia, jak również i własnej rodziny, wizyty w porze nocnej załatwiane pieszo lub przy użyciu częstokroć prymitywnych środków lokomocji itp. — wszystko to nie może być stawiane na równi z pracą biurową, odbywającą się w określonych godzinach w warunkach higienicznych i odbiegających w dużym stopniu od ciężkich warunków pracy lekarza. To też w porównaniu do pracy biurowej praca lekarza musi być inaczej oceniana, licząc czas zajęć biurowych w stosunku do pracy lekarza przynajmniej jak 1 : 2. Należy zaznaczyć, że bardzo skromne wynagrodzenie lekarzy kolejowych nie pozwala im na oddanie się całkowite dość zresztą różnorodnej pracy na kolei. Tylko konieczność życiowa zmusza w wielu wypadkach lekarzy do objęcia stanowiska, które często traktują jako zajęcie dodatkowe, poszukując gdzie indziej źródeł zarobkowania. Niektórzy lekarze znów traktują pracę na kolei jako chwilowe zaczepienie się. Wszystko to nie wpływa dodatnio na przygotowanie odpowiedniego zespołu i nie pozwala na przeszkolenie i zapewnienie kolejnictwu należycie przygotowanego personelu fachowego.

Nie mówiąc już o natężeniu pracy, odpowiedzialności i znaczeniu tejże, lekarz kolejowy nie otrzymuje nic za swe wykształcenie i fachowe długoletnie przygotowanie, otrzymując natomiast za pracę, szarpiącą nerwy tyle, co urzędnik z wykształceniem elementarnym, w szczęśliwym wypadku gimnazjalnym, a do wyjątków należą ci, którym przyznano grupę uposażenia dosięgalną bez trudu dla urzędników o wykształceniu licealnym.

Jeżeli więc polityka personalna P. K. P. dąży z tych lub innych powodów do przeprowadzenia równania w dół, to jednak by umożliwić dopływ i ratować ucieczkę co lepszych sił fachowych lekarskich z szeregów kolejowych, należy przyznać wszystkim bez wyjątku lekarzom kolejowym dodatek za wyższe studia, co jak nam wiadomo, projektowane jest w stosunku do inżynierów kolejowych.

Zarząd Główny Stowarzyszenia Lekarzy Kolejowych pod naciskiem wyżej wspomnianych okoliczności, w obawie przed niezasłużonym upośledzeniem lekarzy kolejowych zwraca się z prośbą do Pana Ministra o wzięcie pod uwagę niniejszego memoriału i niepominięcia lekarzy kolejowych przy przyznawaniu ewentualnych dodatków do uposażeń pracownikom z wyższym wykształceniem i specjalnym fachowym przygotowaniem.

Warszawa, 4 X 1937 r

Dr. W. Gronowski
v. prezes St. Lek. Kol.

Dr. Okolski
Prez. St Lek. Kol. Rz. P.

Rozporządzenie Ministrów Komunikacji i Opieki Społecz. z dnia 23 lipca 1937 r o organizacji i zasadach prowadzenia zakładów lecznicz. Polskich Kolei Państwowych

Na podstawie art. 76 rozporządzenia Prezydenta Rzeczpolit. z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczn. (Dz. U. R. P. Nr. 38. poz. 382) zarządza się, co następuje:

§ 1. (1) Szpitale kolei państw., nazywane w dalszych przepisach rozporządzenia niniejszego szpitalami kolejowymi, są zakładami leczniczymi bez prawa publiczności, utworzonymi w przedsiębiorstwie „Polskie Koleje Państw.", przeznaczonymi do leczenia lub obserwacji szpitalnej osób uprawnionych do kolejowej opieki lekarskiej.

2. *Szpitale* kolejowe podlegają bezpośrednio właściwym dyrekcjom okręgowym kolei państwowych.

3. *Szpitale* kolejowe, o ile posiadają ogólne zezwolenie Min. Komunikacji, udzielone na wniosek właściwego dyrektora kolei państw., mogą przyjmować osoby nieuprawnione do kolejowej opieki lekar. w miarę posiadania miejsc wolnych.

4. *Ilość i siedziby* szpitali kolejowych ustala Minister Komunikacji w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej.

§ 2. 1) Szpital kolejowy obejmuje:

1) oddziały szpitalne,

2) pracownie badawcze i lecznicze.

3) Ilość i rodzaje oddziałów szpitalnych oraz pracowni badawczych i leczniczych w szpitalu kolejowym ustala Min. Komunikacji.

§ 3. Świadczenia szpitali kolejowych są w zasadzie odpłatne. Wysokość opłat dziennych określa Min. Kom. na wniosek właściwego dyrektora kol. państw. Opłata dzienna za chorych, nie mających prawa do kolejowej opieki lekarskiej, wynosi o 20% więcej niż za chorych posiadających prawo do tej opieki.

§ 4. 1) Na czele szpitala kolejowego stoi kierownik lekarz mianowany przez Min. Kom., posiadający kwalifikacje fachowe, określone w art. 51 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta R. P. z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382).

(2) *Kierownik* szpitala kolejowego:

1) *podlega* dyrekcji okręg. Kol. państw.

2) *reprezentuje* szpital na zewnątrz.

3) *jest zwierzchnikiem* pracowników szpitala.

4) *zarządza* bezpośrednio szpitalem pod względem lekarskim i administr.-gospodarczym, w szczególności:

a) organizuje życie wewnętrzne szpitala i wydaje regulamin porządku wewnętrznego w szpitalu,

b) decyduje o przyjęciu chorych do szpitala, o potrzebie wykonania zabiegów operacyjnych (§ 6), jak również o zaniechaniu sekcji zwłok (§ 7),

c) inicjuje i popiera pracę naukową lekarzy,

d) stara się o dokształcenie personelu pomocniczego,

e) nadzoruje stan lecznictwa w szpitalu,

f) stara się o należyte zaopatrzenie szpitala w potrzebne narzędzia lekarskie, aparaty, środki lecznicze, opatrunkowe, pomocnicze środki lecznicze, inwentarz użytkowy i inne niezbędne materiały.

g) czuwa nad stanem technicznym urządzeń szpitala,

h) dba o zaspokojenie potrzeb gospodarczych szpitala,

i) dba o uposażenie szpitala w potrzebne urządzenia higieniczne i o przestrzeganie higieny szpitalnej, a w szczególności higieny osobistej chorych i w stosunku do chorych.

3) *Kompetencje* kierownika szpitala w sprawach personalnych i finansowo-gospodarczych określa Min. Komunik.

4) *Dyrekcja* Okr. Kol. Państw. może kierownikowi szpitala kolejowego powierzyć równocześnie pełnienie czynności ordynatora jednego z oddziałów szpitalnych.

5) *Nieobecnego* kierownika szpitala kolejowego zastępuje jeden z ordynatorów, wyznaczony przez dyrekcję okręgową Kol. państw., na którego przechodzą wszystkie prawa i obowiązki kierownika.

6) *Na czele* oddziałów szpitalnych stoją ordynatorzy, na czele pracowni badawczych lub leczniczych bądź kierownicy, bądź ordynatorzy, zależnie od decyzji Min. Kom.

7) *Do pomocy* kierownikowi szpitala kolejowego, ordynatorom oddziałów szpitalnych i kierownikom pracowni badawczych lub leczniczych w szpitalach kolejowych jest przydany odpowiedni personel lekarski, administracyjny i pomocniczy. Szczegółowy zakres działania tego personelu określa Minister Komunikacji.

§ 5. 1) *Przyjęcie* do szpitala kolejowego chorego, uprawnionego do korzystania z kolejowej opieki lekarskiej następuje:

1) *na zlecenie* lekarza rejonowego kolei państwowych.

2) *bez zlecenia*, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli zachodzi konieczność natychmiastowego umieszczenia chorego w szpitalu.

(2) *O przyjęciu* do szpitala kolejowego osoby nieuprawnionej do kolejowej opieki lekarskiej § 1 ust. (3) decyduje kierownik szpitala.

3) *Wypisanie* chorego ze szpitala kolejowego następuje w razie:

1) *stwierdzenia* ukończenia leczenia lub obserwacji,

2) *odmowy* przez chorego poddania się operacji, uznanej za konieczną, jeżeli wypisanie ze szpitala nie grozi niebezpieczeństwem choremu lub jego otoczeniu,

3) *niestosowanie* się chorego do obowiązującego regulaminu porządku wewnętrznego w szpitalu pod warunkiem, że wypisanie chorego nie spowoduje następstw grożących jego życiu lub jego otoczeniu,

4) *żądania* chorego lub prawnego jego zastępcy; jeżeli wypisanie mogłoby ujemnie wpłynąć na stan zdrowia chorego, wypisanie następuje na podstawie pisemnej deklaracji, mocą której wypisany przedwcześnie ze szpitala zrzeka się wszelkich pretensji do przedsiębiorstwa „P.K.P.” za wynikłe z tego powodu skutki,

5) *stwierdzenia*, że chory nie kwalifikuje się do dalszego leczenia i może być oddany pod opiekę rodziny, a w braku tejże, pod opiekę gminy zobowiązanej do udzielania opieki.

§ 6. (1) Zabiegi operacyjne dokonywane w szpitalu kolejowym, mogą być podejmowane tylko za zgodą chorego; jeżeli chory nie ukończył 21 lat życia, albo z powodu niedojrzałości umysłowej lub też z powodu stanu zdrowia nie może ocenić potrzeby zabiegu operacyjnego, zabieg operacyjny może być dokonany za zgodą jego prawnego zastępcy, z wyjątkiem wypadków grożących niebezpieczeństwem dla życia chorego, w których każdorazowo o potrzebie dokonania zabiegu decyduje kierownik szpitala.

2) *Dokonanie* zabiegu operacyjnego bez zgody chorego lub jego prawnego zastępcy zapisuje się w „historii choroby" z uzasadnieniem potrzeby i nagłości dokonania zabiegu.

§ 7. 1) Zwłoki osób zmarłych w szpitalu kolejowym poddaje się sekcji, jeżeli jej wykonanie nakazują przepisy sanitarno-policyjne, albo gdy zażąda tego właściwa władza, bądź też dla celów postępowania sądowego lub gdy tego wymagają inne względy publiczne lub naukowe.

2) *Sekcję* zwłok przeprowadza się z reguły w 24 godziny po niewątpliwym stwierdzeniu śmierci przez lekarza szpital.

3) *Z każdej* przeprowadzonej sekcji zwłok spisuje się protokół, który załącza się do akt choroby zmarłego.

4) *W razie* śmierci chorego uprawnionego do kolejowej opieki lekarskiej koszty pogrzebu ponosi szpital kolejowy jedynie w braku osób do tego obowiązanych.

§ 8. Przepisy rozporządzenia niniejszego stosuje się do zakładów leczniczych kol. państwowych przeznaczonych specjalnie do leczenia klimatycznego (sanatoriów kol.).

§ 9. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Komunikacji
Ulrych

Minister Opieki Społecz
Marian Zyndram Kościałkowski

Zakład Leczniczo-Wychowawczy dla dzieci w Rabce

We wrześniu b. r. uruchomiła Rodzina Kolejowa dziecięcy Zakład Leczniczo-Wychowawczy w Rabce-Zdroju, którego zadaniem jest leczenie dzieci pracowników kolejowych przy równoczesnym uwzględnieniu strony wychowawczej. Zakład przyjmuje dzieci obojga płci w wieku od 5 do 14 lat, których stan zdrowia każe przewidywać poprawę. Przyjmuje się dzieci wątłe, w okresie rekonwalescencji, niedokrwiste, zołzowate, ze zmianami w gruczołach, z powiększeniem migdałów, z nieżytami dróg oddechowych, po przebytym gośćcu, krzywicy, z objawami skazy wysiękowej, z wygojonymi zmianami swoistymi w stawach itp. Nie przyjmuje się natomiast dzieci z objawami otwartej gruźlicy płuc, z chorobami zakaźnymi, kalek, umysłowo upośledzonych itp.

Zakład Leczniczo-Wychowawczy w Rabce-Zdroju mieści się we własnym, specjalnie do tego celu zbudowanym przez Rodzinę Kolejową budynku. Zakład posiada najnowocześniejsze urządzenia lecznicze, jak kąpiele solankowe, dla których solanka do Zakładu doprowadzona jest rurociągiem z miejscowych źródeł zdrojowych, inhalatoria indywidualne i zbiorowe, solarium (lampy kwarcowe i polysony), sollux, lampa kadmowa, diatermia krótkofalowa, elektryzacja (pantostat), masaż wibracyjny, laboratorium chemiczno-bakteriologiczne, gabinet Roentgena i dentystyczny.

Pełna opłata dzienna za pobbyt dziecka, wraz z taksą kuracyjną, utrzymaniem, leczeniem i wychowaniem, wynosi 5 zł. Jeżeli dziecko zostało skierowane do Zakładu przez lekarza rejonowego, Zarząd Zakładu pobiera od rodziców, względnie opiekunów 75 gr. dziennie, a resztę, tj. 85% kosztów pokrywa odnośny Wydział Sanitarny DOKP.

Zakład Rodziny Kolejowej w Rabce ma pomieszczenie na 160 dzieci. Leczenie dziecka trwa około 2 miesięcy.

SPRAWOZDANIE

ze Zjazdu lekarzy powiatowych i kierowników Powiatowych Ośrodków Zdrowia województwa Wileńskiego

W dniach 22 i 23 października 1937 r. obradował w Wilnie doroczny Zjazd lekarzy powiatowych województwa Wileńskiego.

W obradach Zjazdu wzięli udział także kierownicy Ośrodków Zdrowia oraz naczelny lekarz m. Wilna i naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie, a nadto Szef Sanitarny D. O. K., dziekan Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego oraz przedstawiciele władz wojewódzkich i centralnych, razem około 50 osób.

Pierwszy dzień obrad. Po przywitaniu uczestników Zjazdu przez p. Wojewodę Wileńskiego, który w swym przemówieniu zwrócił się z gorącym apelem do czynników Służby zdrowia z terenu województwa Wileńskiego, by się nie zrażali trudnościami, jakie w swej pracy napotykają, starali się o podniesienie stanu kulturalno-zdrowotnego. Jednocześnie p. Wojewoda prosił lekarzy powiatowych i kierowników Ośrodków Zdrowia w swych sprawozdaniach wymieniać bolączki, wysuwając żądania możliwe do zrealizowania, jednak podkreślił, że sprawozdania te muszą być zgodne z faktycznym stanem rzeczy, aby na przyszłość mieć możność usunięcia istniejących braków.

Następnie Inspektor dr. M. Zachert wygłosił wstępne przemówienie o zadaniach publicznej służby zdrowia oraz zapoznał członków Zjazdu z opracowaną w Departamencie Służby Zdrowia ustawą o publicznej służbie zdrowia, mającej na celu podniesienie zdrowotności ludności wiejskiej, jak również ułatwienie prac organom służby zdrowia. Ustawa przewiduje ustanowienie, jako podstawowe organy służby zdrowia, lekarzy gminnych (względnie okręgowych dla kilku gmin), podporządkowanych lekarzom powiatowym, którzy będą jednocześnie referentami sanitarnymi samorządu powiatowego. Lekarze gminni będą posiłkować się dla wykonania swych zadań gminnymi (okręgowymi) Ośrodkami Zdrowia, jako instytucjami mającymi zapewnić ludności minimum pomocy lekarskiej oraz całą pomoc zapobiegawczą i higieniczną.

Następnie lekarze powiatowi, miejscy i kierownicy Powiatowych i Miejskich Ośrodków Zdrowia złożyli sprawozdania z zakresu ich pracy za rok 1936/37, podkreślając zgodnie, że są przeciążeni pracą przez zbyt liczne i zawiłe sprawozdania wymagane przez władze, jak również pracę kancelaryjną zwłaszcza w dziedzinie opieki społecznej, co uniemożliwia należyte wykonywanie pracy w terenie.

Wicewojewoda zaznacza, że lekarze w państwowej służbie zdrowia są nie tylko lekarzami, lecz jednocześnie i administratorami. Cechą dobrego administratora jest niegubienie się w szczegółach, lecz kierownictwo całokształtem prac. Po przyjęciu do wiadomości złożonych sprawozdań P. Wicewojewoda prosił PP. Lekarzy, aby na przyszłość składali sprawozdania krótsze, które zobrazowałyby działalność instytucyj zdrowotnych i ich rozwój.

Z kolei dr. A. Turuto — radca Wileńskiego Urzędu Wojewódzkiego — złożył sprawozdanie z całokształtu działalności służby zdrowia za rok 1936/37 oraz przedstawił stan obecny i potrzeby sanitarne województwa. Prelegent w swoim sprawozdaniu przedstawił, iż wysiłki służby zdrowia w roku sprawozdawczym były skierowane w głównej

mierze w kierunku zorganizowania należytej opieki nad dzieckiem oraz koordynacji pracy placówek zdrowotno-społecznych, jak również usprawnienia działalności czynników powołanych do podniesienia stanu zdrowotności na Wileńszczyźnie, który osiągnął dość dobre wyniki.

Naczelny Lekarz Ubezpieczalni Społecznej dr. Szniolis w szczegółowym sprawozdaniu przedstawił całokształt działalności Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie, jej organizację, lecznictwo ubezpieczeniowe i współpracę Ubezpieczalni z władzami sanitarnymi.

W dyskusji ogólnej Naczelnik Wydziału dr. Rudziński podkreśla konieczność nawiązania ściślejszej współpracy między lekarzami Ubezpieczalni a przychodniami lekarskimi zwłaszcza przychodni przeciwgruźliczej.

Dr. mjr. W. Leśniewski wskazuje na dotychczasowy brak należytej współpracy między Ubezpieczalnią Społeczną a Towarzystwem Przeciwgruźliczym, co uniemożliwia racjonalną walkę z tą plagą społeczną.

Pułk. dr. Ryll-Nardzewski podkreśla konieczność uruchomienia przychodni przeciwwenerycznych zwłaszcza w pow. Brasławskim, gdzie odsetek tego cierpienia jest bardzo wysoki.

Po dyskusji dr. Prażmowski — kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny w Wilnie — przedstawił niedostateczną współpracę między czynnikami służby zdrowia w terenie a filią Państwowego Zakładu Higieny i sposoby poprawy tego stanu, podkreślając konieczność racjonalnego i celowego korzystania z badań pomocniczych wykonywanych przez filię.

Dr. Zasztowtówna w referacie „Akcja przeciwgruźlicza wśród dzieci" omawia szczegółowo patologię i klinikę gruźlicy, a dr. maj. Leśniewski akcję prowadzoną przez Towarzystwo Przeciwgruźlicze na terenie powiatu Wileńsko-Trockiego.

W drugim dniu obrad na wstępie Naczelnik dr Rudziński wygłosił referat pod tytułem „Program opieki społecznej i zdrowotnej nad dziatwą na Wileńszczyźnie", w którym omawia dotychczasowe braki w opiece nad dzieckiem, ochronę macierzyństwa, opiekę nad niemowlętami, opiekę nad dziatwą w wieku szkolnym, kolonii letnich dla dzieci szkolonych, sportowe organizacje, nadzór i wykonanie opieki nad dziatwą i młodzieżą.

Dr. I. Rasiówna wygłosiła referat pod tytułem „Zadania Stacji Opieki nad matką i dzieckiem w świetle dzisiejszych potrzeb i możliwości", podkreślając należyty rozwój tej akcji na Wileńszczyźnie.

Doc. dr. Marynowska — kierownik Kliniki Dziecięcej Uniwersytetu Stefana Batorego — w swym referacie pod tytułem „Opieka Społeczna nad dzieckiem we Włoszech" przedstawiła kierunek i metody racjonalnego wychowania dziatwy faszystowskiej.

Dr. Prażmowski—kierownik Filii Państwowego Zakładu Higieny w Wilnie—w referacie pod tytułem „Zapobieganie w ostrych chorobach zakaźnych u dzieci" przedstawił nowoczesne metody walki oraz skuteczność akcji zapobiegawczej w tych schorzeniach

Na zakończenie doc. dr. Przesmycki z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie podkreśla konieczność szczegółowego i dokładnego szczepienia przeciwospowego w celu zapobiegnięcia nagromadzeniu się elementu wrażliwego, który w momencie zjawienia się tej choroby mógłby wywołać dużą i groźną epidemię. Przy tym zaznaczył, iż dotychczasowa akcja walki z chorobami ostrozakaźnymi jest prowadzona na Wileńszczyźnie należycie.

Po zamknięciu przez Naczelnika Dr. Rudzińskiego, jako przewodniczącego, obrad uczestnicy Zjazdu zwiedzili Miejski Ośrodek Zdrowia przy ul. Wielkiej 46, Żłobek Dzienny przy ul. Kalwaryjskiej 69, Filię Państwowego Zakładu Higieny w Wilnie oraz Prewenterium Nocne dla dzieci z otoczenia gruźliczego przy ul. Lipowej 2.

SPRAWOZDANIE

ze Zjazdu lekarzy powiatowych województwa poleskiego

W dniach 24 i 25 września 1937 r. obradował w Prużanie doroczny Zjazd lekarzy powiatowych z udziałem lekarzy miejskich oraz naczelnych lekarzy ubezpieczalni społecznych z terenu województwa poleskiego.

Z ramienia Ministerstwa Opieki Społecznej na zjazd przybył Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia dr. J. Adamski i inspektor dr. M. Zachert, oraz z Państwowego Zakładu Higieny dr. Kacprzak i doc. dr. Przesmycki.

Po powitaniu uczestników Zjazdu przez przedstawicieli miejscowych władz Dyrektor Departamentu dr. Adamski wygłosił wstępne przemówienie o zadaniach publicznej służby zdrowia.

Następnie dr. Maciulewicz, Naczelnik Wydziału Pracy, Opieki i Zdrowia Poleskiego Urzędu Wojewódzkiego, jako szef służby zdrowia na terenie województwa, złożył sprawozdanie z działalności służby zdrowia za 1936 r. oraz przedstawił stan obecny i potrzeby sanitarne województwa. Lekarze powiatowi i miejscy miast wydzielonych złożyli uzupełniające sprawozdania z terenu ich pracy. Sprawozdania te wykazały, że na terenie województwa poleskiego w ciągu ostatniego roku organizacja agend służby zdrowia, mimo niezmiernie szczupłych kredytów, jakie na ten cel poświęciły samorządy (samorząd powiatowy od 4 — 15%, samorząd gminny od 1,2 — 12,5% swych budżetów), poczyniła dalsze postępy. Liczba rejonów lekarskich wzrosła do 30, przybyło 6 nowych ośrodków (razem 24), 10 stacyj opieki nad matką i dzieckiem, 16 kąpielisk samorządowych i 12 prywatnych, odremontowano gruntownie dwa szpitale (w Kosowie i Drohiczynie) itp. Wyrazem pewnej poprawy warunków sanitarnych jest zmniejszenie się zachorowań na dur plamisty i brzuszny. Wzmogła się akcja zwalczania chorób społecznych, np. liczba osób pod opieką przychodni przeciwgruźliczych wzrosła do około 10.000 osób wobec około 7.500 osób w roku ubiegłym.

Największą bolączką jest mała liczba łóżek szpitalnych. Na Polesiu na 10.500 mieszkańców przypada zaledwie 7 łóżek szpitalnych, podczas gdy w Polsce średnio mamy 21 łóżek. Również małe nasycenie województwa lekarzami (1,5 lekarza na 10.000 mieszkańców), położnymi i innym personelem sanitarnym uniemożliwia szybszą poprawę stosunków zdrowotnych na tym terenie.

Po dyskusji ogólnej doc. dr. Przesmycki z Państwowego Zakładu Higieny wygłosił referat o zapaleniu opon mózgowych w świetle nowych badań: dr. Składzień, lekarz powiatowy z Kosowa Poleskiego, przedstawił przebieg ostatniej epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowych, która w ostatnim roku wystąpiła na Polesiu, a zwłaszcza w pow. kosowskim, gdzie było 111 zachorowań.

W dyskusji Dyrektor dr Adamski zaznaczył, że w związku z wystąpieniem większej liczby zachorowań na zapalenie opon mózgowych w Departamencie Służby Zdrowia odbyły się narady Sekcji Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, a następnie wydane odpowiednie zarządzenia w celu powstrzymania szerzenia się tej epidemii.

Nastęnie dr Doroszkiewicz Władysław, epidemiolog przy urzędzie wojewódzkim, przedstawił przebieg chorób zakaźnych i działalność kolumn epidemicznych na terenie województwa, zaś dr Józef Zwierz, kierownik oddziału bakteriologicznego Miejskiej Pracowni badania żywności w Brześciu, działającej jako filia Państwowego Zakładu Higieny, przedstawił stan obsługi baktriologicznej województwa oraz omówił metody zwalczania duru plamistego.

Wreszcie inż. Stanisław Dzierzgowski, kierownik miejskiego Zakładu badania żywności, wygłosił referat o higienie wody w znaczeniu przemysłowo-żywnościowym ze szczególnym uwzględnieniem nadzoru nad woda ze względu na zachorowania na dur brzuszny i czerwonkę.

W drugim dniu Zjazdu na wstępie inspektor farmaceutyczny Br. Labes omówił sprawy obrotu środkami leczniczymi i truciznami na terenie województwa.

1 apteka przypada tu na 22.000 mieszkańców. Tworzenie nowych aptek jest utrudnione z powodu braku kandydatów. W związku z wydaniem nowej Farmakopei polskiej zostały zmienione przepisy o przechowywaniu leków, z czym muszą się zapoznać także lekarze powiatowi.

Następnie dr. Zyblewski, referent ratownictwa sanitarnego w Urzędzie Wojewódzkim, w referacie p. t. „Zagadnienie obrony przeciwlotniczej i dobrej wody dla potrzeb ludności Polesia" omówił doraźne korzyści sanitarne, związane z akcją budowy studzien.

Dłuższe referaty wygłosili dr Wasilewski, naczelny lekarz ubezpieczalni społecznej w Brześciu, i dr Orlewski, naczelny lekarz ubezpieczalni w Pińsku, o organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego i współpracy ubezpieczalni z władzami sanitarnymi. Referaty te wywołały dłuższą dyskusję, świadczącą o konieczności ścisłej współpracy wszystkich instytucyj sanitarnych w zakresie podniesienia zdrowotności wśród ludności.

Dr St. Doroszkiewiczowa, wizytator higieny szkolnej, przedstawiła stan higieniczny szkolnictwa na Polesiu, podkreślając, że dotychczasowy nadzór nad zdrowiem dziatwy szkolnej jest niedostateczny; wprowadzenie lekarzy szkolnych przy inspektoratach mogłoby wydatnie przyczynić się do poprawy tego stanu.

Dr Kacprzak, Naczelnik Wydziału Statystycznego w Min. Opieki Społ., zwrócił uwagę, że rejestracja urodzin i zgonów, zwłaszcza dzieci do jednego roku życia, jest niedokładna. W województwach wschodnich istnieje zwyczaj chowania, zwłaszcza noworodków i dzieci w pierwszych tygodniach życia, bez obrzędu religijnego (na cmentarzach gminnych), a tym samym bez rejestracji w urzędach stanu cywilnego. W ten sposób pewna część urodzeń i zgonów uchodzi spod rejestracji, co zmienia statystykę ruchu ludności. W związku z tym zachodzi konieczność przeprowadzenia kontrolnej rejestracji urodzeń i zgonów do 1 roku życia na wybranych terenach przez lekarzy powiatowych.

Na zakończenie obrad dr. Zachert, inspektor, wspomniał, że w Departamencie Służby Zdrowia jest obecnie opracowywana ustawa o publicznej służbie zdrowia, która przewiduje ustanowienie, jako podstawowych organów służby zdrowia, lekarzy gminnych (względnie okręgowych dla kilku gmin), podporządkowanych lekarzom powiatowym, którzy z reguły będą jednocześnie referentami sanitarnymi samorządu powiatowego. Lekarze gminni będą posiłkować się dla wykonania swych zadań gminnymi (okręgowymi) ośrodkami zdrowia, jako instytucjami, mającymi zapewnić ludności minimum pomocy leczniczej, oraz całą pomoc zapobiegawczą i higieniczną.

Niewątpliwie wejście w życie tej ustawy ułatwi pracę organom służby zdrowia i przyczyni się do osiągnięcia lepszych wyników, niż to obecnie jest możliwe, jak świadczą obrady tego Zjazdu.

Potem dr. Maciulewicz, jako przewodniczący, zamknął obrady Zjazdu, zapowiadając zwołanie w przyszłym roku Zjazdu w Kamieniu Koszyrskim.

(—) *Dr. Zachert, Inspektor*

KONKURS

na pracę naukową z zakresu ziołolecznictwa.

Polski Komitet Zielarski ogłasza konkurs na najlepszą pracę naukową z dziedziny ziołolecznictwa z nagrodą 500 (pięćset) złotych, ofiarowaną przez Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warunki konkursu:

1. Przedmiotem pracy winny być oryginalne, własne spostrzeżenia nad wpływem stosowania ziół leczniczych pochodzenia krajowego, poparte odpowiednimi badaniami pracownianymi z uwzględnieniem istniejącego piśmiennictwa.

2. Zgłaszać należy jedynie prace dotychczas nieogłoszone, w maszynopisie, pod adresem: Polski Komitet Zielarski (Warszawa, ul. Długa 16) do dnia 1 marca 1938 roku.

Sąd konkursowy składać się będzie z przedstawiciela Ministerstwa Opieki Społecznej i uproszonych przez Zarząd Polskiego Komitetu Zielarskiego kierowników klinik i zakładów uniwersyteckich J. Piłsudskiego, oraz ordynatorów szpitalnych, z wyłączeniem jednak tych kierowników, z których oddziałów pochodzą zgłaszane prace.

Przewodniczący
Wydziału Lekarskiego P. K. Z
(—) Prof. dr W. Orłowski.

Prezes P. K. Z.
(—) Prof. dr J. Modrakowski

Kurs dokształcający dla lekarzy

Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, przy współudziale Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego, urządza dla lekarzy kurs dokształcający z dziedziny nowotworów złośliwych. Kurs, organizowany z zapomogą z Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego, trwać będzie około 2 tygodni. Ma on się odbyć w drugiej połowie stycznia 1938 roku i będzie obejmował wykłady oraz zajęcia praktyczne.

Wkrótce podane będą w prasie lekarskiej bliższe szczegóły, dotyczące czasu trwania i programu kursu.

„RODZINA KOLEJOWA"
ZARZĄD GŁÓWNY
Nr. 2646/37.

Warszawa, dnia 3 listopada 1937 r.

Zgodnie z załączonym odpisem pisma Biura Sanitarno-Kolejowego Ministerstwa Komunikacji z dnia 27 sierpnia r. b. S. III. 118/7, w sprawie wysyłania dzieci pracowników kolejowych do Zakładu Leczniczo-Wychowawczego Rodziny Kolejowej w Rabce Zdroju, dla wszystkich DOKP został ustanowiony przydział dzieci pracowników kolejowych, uprawnionych do kolejowej opieki lekarskiej.

Zakład Leczniczo-Wychowawczy w Rabce, wybudowany wielkim nakładem kapitałów i wysiłków Rodziny Kolejowej, posiada najnowocześniejsze urządzenia w zakresie leczenia dzieci w wieku od 5 do 14 lat i już został uruchomiony z początkiem września rb.

Wskazania lecznicze: a) *Schorzenia ogólne endogenne:* niedokrwistość, słaby rozwój fizyczny (asthenia), nadmierna otyłość pochodzenia hormonalnego (dystrophia adiposo-genitalis, hypotyreosis), skaza neuroartretyczna (dzieci otyłe, krwiste), skaza wysiękowa (dzieci blade, nalane, ociężałe), skaza limfatyczna, przerost gruczołów chłonnych obwodowych, wyrośle adenoidalne, przerost muszli nosowych, przerost migdałków, złuszczające zapalenie migdałków, powodujące tworzenie się czopów, astma oskrzelowa (essentialis), zmiany klatki piersiowej pokrzywicze, mogące mieć wpływ na funkcję płuc.

b) Schorzenia narządów egzogenne: powiększenie gruczołów obwodowych na tle swoistym (scrophulosis) bez ropienia i przetok; nacieczenia skórno-podskórne na tle swoistym (scrophuloderma) nie ropiejące; stany podgorączkowe na tle infekcji swoistej, umiejscowionej w gruczołach wnękowych oraz krezkowych (Pirquet +), jednak bez świeżych zmian w miąższu płucnym (roentgen); inwolucyjne zmiany w miąższu płucnym, wykazujące zwapnienie po pierwotnych ogniskach i nacieczeniach dookołaogniskowych (Pirquet +); zagojone swoiste sprawy kostne i stawowe, powodujące ograniczenie ruchów; stany astmatyczne objawowe na tle powiększenia gruczołów wnękowych.

c) Schorzenia natury nieswoistej: ozdrowieńcy po sprawach grypowych; przewlekły nieżyt oskrzeli; stany kataralne po zrazikowych zapaleniach płuc (Pirquet —); rozstrzeń oskrzeli po kokluszu; ozdrowieńcy po ropniach płucnych, powstałych po zapaleniach płuc; ozdrowieńcy po sprawach opłucnowych: surowiczych i ropnych (po pleuro-

tomiach i resekcjach); ozdrowieńcy po sprawach gośćcowych serca, wsierdzia, osierdzia i stawów; ozdrowieńcy po sprawach septycznych: pyemicznych, odległych sprawach zakaźnych, powodujących znaczne wyniszczenie, porażenie nerwów obwodowych natury toksycznej (nie anatomicznej), odległych sprawach zakaźnych (Heine-Medin, encephalitis itp.).

d) Sprawy schorzeń ocznych, nosa (ozaena, skrofuliczne itp).

Przeciwwskazania: Nie będą przyjmowane dzieci: z objawami otwartej gruźlicy, z chorobami zakaźnymi w okresie: ostrym, przewlekłym lub ozdrowieńczym, z objawami jaglicy i kiły.

Zakład dostarcza dzieciom: a) pomieszczenie i żywienie;

b) leczenie ogólne, leczenie kąpielami mineralnymi i innymi, natryskami, inhalacjami, światło- i elektrolecznictwem, aparatami pneumatycznymi; pomoc dentystyczną i inne zabiegi według wskazań lekarskich; opiekę pielęgniarską i lekarstwa;

c) nauczanie we własnej szkole zakładowej;

d) opiekę i wychowywanie.

Podając powyższe do łaskawej wiadomości WPana Doktora, Zarząd Główny Rodziny Kolejowej prosi o skierowywanie dzieci na pobyt do Zakładu Leczniczo-Wychowawczego w Rabce-Zdroju, jak również o łaskawe popularyzowanie Zakładu wśród pracowników kolejowych.

Za Zarząd Główny
(—) *Dr. W. Gronowski*
Przewodniczący Sekcji Ochrony Zdrowia

Za zgodność z rękopisem załatwienia.
(—) *A.Duszczyk*

MINISTERSTWO KOMUNIKACJI
Biuro Sanitarno-Kolejowe
Nr. S. III.118/7

Warszawa, dn. 27 sierpnia 1937 r.

odpis

Do

Zarządu Głównego Rodziny Kolejowej

w miejscu

Ponieważ liczba dzieci, które mogą być umieszczone w Bursie Leczniczej Rodziny Kolejowej w Rabce, uległa zwiększeniu, Ministerstwo, uzupełniając swe zarządzenia z dnia 16 lipca br. Nr. S. III.118/3, zezwala na umieszczenie w tym zakładzie w każdym z czterech dwumiesięcznych okresów po:

DOKP Warszawa — 32, Radom — 13, Wilno — 13, Poznań — 16, Toruń — 16, Katowice — 27, Kraków — 27, Lwów — 16, dzieci pracowników kolejowych, uprawnionych do kolejowej opieki lekarskiej, na ogólnych zasadach, za opłatą 85% taksy, z zaliczeniem wydatku na dział 2 rozd. 7 § 4 preliminarza budżetowego.

Kredyt w razie potrzeby ulegnie zwiększeniu.

(—) *Dr. Borzęcki*
Naczelnik Biura Sanitarno-Kolejowego

Za zgodność (—) *A. Duszczyk*

W dn. 24 października odbyło się uroczyste poświęcenie Wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Drwalewie, ufundowanego przez T-wo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego d. Magister Klawe, S. A., w Warszawie.

Ośrodek Zdrowia mieści się we własnym gmachu, w którym znajduje się również apteka pod zarządem mag. farm. Ośrodek prowadzi cały szereg przychodni, jak: przeciwgruźlicza, przeciwjaglicza, przeciwweneryczna, Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem, przychodnia dentystyczna itd. Ośrodek posiada również nowocześnie urządzony dziedziniec i kąpielisko pod opieką wykwalifikowanej freblanki. Kierownictwo Ośrodka spoczy-

wa w rękach lekarza, któremu do pomocy została przydzielona akuszerka i higienistka. Wewnętrzne urządzenie Ośrodka, jak również przyrządy lekarskie odpowiadają wszelkim wymogom stawianym tego rodzaju nowoczesnym zakładom leczniczym. Celem Ośrodka jest prowadzenie pracy lekarskiej i zapobiegawczej wśród ludności okolicznych wsi, szerzenie zasad higieny oraz opieka sanitarna nad dziatwą.

Uroczystość poświęcenia zaszczycili swą obecnością: Pan Wojewoda Warszawski Nakoniecznikow-Klukowski, dyr. Departamentu Służby Zdrowia przy Ministerstwie Opieki Społecznej dr. Jan Adamski, szef Wojskowej Służby Zdrowia generał dr. Stanisław Rouppert, zastępca dyrektora Służby Zdrowia M. O. S. dr. Jerzy Babecki, zastępca szefa Wojskowej Służby Zdrowia pułk. dr. Jan Kawiński, grono profesorów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego z panem dziekanem profesorem dr. M. Konopackim na czele, naczelnicy wydziałów Departamentu Słyżby Zdrowia i M. S. Wojsk., licznie zebrani docenci U. J. P., przedstawiciele Wydziału szpitalnictwa i Wydziału Opieki Społecznej zarządu miejskiego m. st. Warszawy, dyrektorzy i ordynatorzy wszystkich szpitali warszawskich, przedstawiciele stowarzyszeń lekarskich i farmaceutycznych, przedstawiciele prasy, duchowieństwo, przedstawiciele ziemiaństwa i nauczycielstwa oraz licznie zebrana ludność okoliczna.

Aktu poświęcenia dokonał delegat Kurii arcybiskupiej ks. dyr. Lewandowicz, który wygłosił przy tym okolicznościowe przemówienie, po czym zebranych gości witał Prezes T-wa dr. Stanisław Klawe, prosząc pana Wojewodę o dokonanie aktu otwarcia. Po przemówieniu Pana Wojewody Warszawskiego generał dr. Rouppert podniósł znaczenie Wiejskiego Ośrodka Zdrowia dla obronności kraju. Z kolei przemawiali prof. dr. A. Czyżewicz, pro-dziekan Wydziału Lekarskiego U. J. P.. dr. Jan Konopnicki, vice-dyrektor Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej zarządu m. st. Warszawy. Po przemówieniu przedstawiciela miejscowej ludności i przecięciu wstęgi przez Pana Wojewodę zebrani goście szczegółowo zwiedzali Ośrodek, zapoznając się z jego wewnętrznym urządzeniem i zadaniami, które ma spełniać. Po uroczystości otwarcia Ośrodka goście zwiedzali Instytut Bakteriologiczny i Serologiczny, mieszczący się w maj. Drwalew, prowadzący produkcję surowic i szczepionek leczniczych do użytku medycyny ludzkiej i weterynaryjnej.



Druk. L. Mioduszewski, Złota 45.